

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA
EM ENFERMAGEM:
PERSPETIVAS DOS SUPERVISORES

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação de Mestrado orientada pelo:

Professor Doutor António Luís Carvalho

e coorientada pela:

Professora Doutora Sandra Cruz

Paula Cristina Espinheira Borges

Porto | 2013

DEDICATÓRIA

Enquanto as gotas mudam
O pensamento vai ficando
Permanecendo num passado, presente
Presente em cada fenda do meu mundo
Do teu e no de mais alguém...
Foste embora e deixaste-me para trás
Sem um olhar, um sorriso, um gesto
Abandonaste-me neste mundo onde
tudo era perfeito antes do... ADEUS
Preciso de ti... Precisei de ti... E precisarei de ti
Porque partiste ou porque te deixaram partir?
Não percebo...
Faz-me perceber, o que não quer ser percebido
Que eu ajudar-te-ei a achar o que procuras sem encontrar...
O SER FELIZ!

A Ti, à Mamã, à Manik e ao PP...

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que de certa forma contribuíram para a realização deste projeto, não só pelas orientações prestadas, como também pela paciência, apoio e compreensão com que sempre me acolheram:

Agradeço em particular:

Ao Professor Doutor António Luís Carvalho e à Professora Doutora Sandra Cruz pela disponibilidade, acompanhamento e orientação dada em todo este percurso.

Ao Centro Hospitalar do Médio Ave pela oportunidade.

Aos Enfermeiros Supervisores Clínicos envolvidos no projeto, pela disponibilidade, compreensão e colaboração.

A todos o meu muito obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CHMA-Centro Hospitalar do Médio Ave

DoH-Department of Health do Reino Unido

ES-Enfermeiro Supervisado

ESC-Enfermeiro Supervisor Clínico

ESEP-Escola Superior de Enfermagem do Porto

ICN-International Council of Nurses

MDP-Modelo de Desenvolvimento Profissional

MSCEC-Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado

MS-Ministério da Saúde

NHS-National Health Service

OE-Ordem dos Enfermeiros

OMS-Organização Mundial de Saúde

PNAS-Programa Nacional de Acreditação em Saúde

SC-Supervisão Clínica

SCE-Supervisão Clínica em Enfermagem

WHO-World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	19
PARTE I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	
1. QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS.....	25
2. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM.....	31
2.1 SCE: conceitos e contributos.....	32
2.2 Modelos de Supervisão Clínica.....	35
2.2.1 Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem.....	38
2.3 Mediadores do Processo Supervisivo.....	41
2.3.1. Enfermeiro Supervisor/ Enfermeiro Supervisado.....	41
2.3.2. Relação Supervisiva.....	47
2.3.3. Instituição de Saúde.....	50
PARTE II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	
1. METODOLOGIA.....	55
1.1 Pertinência do Estudo.....	56
1.2 Questões Orientadoras.....	57
1.3 Finalidade e Objetivos.....	58
1.4 Contexto do estudo.....	59
1.5 Tipo de Estudo.....	61
1.6 Participantes.....	62
1.7 Técnica de Recolha de Dados.....	64
1.8 Tratamento de Dados.....	67
1.9 Considerações éticas.....	70
2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	71
2.1.Caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes.....	71
2.2. Perspetivas dos Enfermeiros Supervisores Clínicos.....	74
2.2.1. Motivação para participar no projeto.....	76

2.2.2. <i>Caraterísticas do Enfermeiro Supervisor Clínico</i>	80
2.2.3. <i>Necessidade de formação</i>	83
2.2.4. <i>Tipos de supervisão clínica</i>	87
2.2.5. <i>Fatores facilitadores à implementação do projeto</i>	91
2.2.6. <i>Fatores limitadores à implementação do projeto</i>	93
2.2.7. <i>Vantagens da implementação do projeto</i>	96
2.2.8. <i>Desvantagens da implementação do projeto</i>	100
2.2.9. <i>Sugestões para a continuidade</i>	101
CONCLUSÃO	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXOS	121

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Modelo de análise	66
-----------------------------------	----

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1:Idade e Experiência Profissional dos Participantes.....	61
FIGURA 2:Habilitações Académicas dos Participantes.....	62
FIGURA 3:Formação Pós- Graduada em SCE.....	62
FIGURA 4: Função exercida no Projeto de SCE Anterior.....	63

RESUMO

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) assume um papel cada vez mais importante para a prática da enfermagem, visto que o seu principal objetivo é proporcionar condições para o desenvolvimento profissional e pessoal do enfermeiro, procurando ao mesmo tempo despertar a capacidade de reflexão sobre a ação, de forma a criar uma prática mais segura e de qualidade.

A supervisão, na sua essência, inclui princípios, estilos, modelos, implementação contextualizada, bem como funções ajustadas para o supervisor e para o supervisionado. No entanto, existem perceções erradas sobre o conceito de supervisão, sobre a função do supervisor e do supervisionado, bem como as perceções que as instituições de saúde assumem face à supervisão clínica (SC). Partindo deste pressuposto, tornou-se pertinente compreender as perspetivas, emoções e dificuldades experienciadas pelo Enfermeiro Supervisor Clínico (ESC) durante a implementação do Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC), uma vez que este é um elemento fundamental no processo de supervisão.

Com este estudo, pretendeu-se analisar as consequências e a implementação do MSCEC no Centro Hospitalar Médio Ave, E.P.E. (CHMA), bem como contribuir para a melhoria de futuros modelos de SCE, através das perspetivas dos ESC. O estudo parte da questão: **“Qual a perspetiva dos enfermeiros supervisores durante a implementação de um modelo de supervisão clínica?”**, pelo que foram estabelecidos os seguintes objetivos: identificar os fatores motivacionais dos ESC no decorrer da implementação do MSCEC no CHMA; identificar a necessidade de carácter formativo dos ESC no decorrer da implementação do MSCEC no CHMA; analisar os fatores limitadores mencionados pelo ESC na implementação do MSCEC no CHMA; analisar os fatores facilitadores mencionados pelo ESC na implementação do MSCEC no CHMA; compreender as dificuldades sentidas pelos ESC durante a implementação do MSCEC no CHMA; compreender as vantagens da implementação do MSCEC no CHMA na perspetiva do ESC e por último compreender as desvantagens da implementação do MSCEC no CHMA na perspetiva do ESC.

Consistiu num estudo de natureza qualitativa, cujos participantes foram os sete ESC envolvidos no projeto” *Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados – C-S2AFECARE-Q*”.

A colheita de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, após a qual se procedeu à análise de conteúdo dos dados obtidos.

Concluiu-se que a motivação dos ESC parte de diferentes perspetivas, e que a formação em SC é fundamental para a implementação de um modelo de SCE. Foram ainda identificados os diversos fatores que facilitam e dificultam a implementação do processo superviso, onde se salientam, o suporte fornecido pela instituição e a desmotivação profissional e pessoal vivenciada pelos enfermeiros envolvidos. Para além disso, foram identificadas as vantagens e desvantagens que o projeto superviso acarreta para os enfermeiros, instituição e utentes onde a relação entre a SCE e a qualidade e segurança dos cuidados são reconhecidos através da prática reflexiva, do aumento de conhecimentos e competências, do suporte e do *feedback* fornecido.

Palavras-Chave: Supervisão Clínica, Supervisão Clínica em Enfermagem, Enfermeiro Supervisor Clínico, Implementação do Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado.

ABSTRACT

TO IMPLEMENT A NURSING CLINICAL SUPERVISION MODEL: SUPERVISORS PERSPECTIVES

Clinical Supervision in Nursing (CSN) has an important role in nursing action. As its main role it's to create conditions to the nurse professional and personal development and to acquire the thinking capacity about the action so that it may create a safest and practice and a greater quality.

Supervision, in its essence, includes ruling principles, stiles, models, context implementation, as well as adjusted functions for the supervisor and the supervised. Meanwhile, there are wrong perceptions about the supervision and inspection concept about the supervisor function, the supervised and the perception that the health institutions assume about Clinical Supervision (CS). Therefore, it became urgent to understand the perspectives, emotions and difficulties experienced by the Clinic Nursing Supervisor (CNS) during the implementation of the Clinic Supervision for the Context Nursing Model (CSCNM), as this is a fundamental element for the supervising process.

This study is a way to analyze the consequences and the CSCNM implementation at Centro Hospital Médio Ave, E.P. E (CHMA), as well to contribute for the improvement of future models of CSN through CNS perspectives. The study starts from a question “ **What is the perspective of the Nursing supervisors during a clinical supervision model implementation?**”, and the follow objectives were established: identify the motivational factors of the CNS with the implementation of CSCNM at CHMA; identify the CNS formative character need with the implementation of CSCNM at CHMA; identify the limit factors mentioned by the CNS, with the implementation of CSCNM at CHMA, analyze the real factors mentioned by the CNS, with the implementation of CSCNM at CHMA; understand the CNS felted difficulties during the CSCNM implementation at CHMA; understand the advantages for CSCNM implementation at CHMA, on the CNS perspective; and last to understand the disadvantages of CSCNM implementation at CHMA on the CNS perspective.

It consisted on a nature quality study, which its participants were seven CNS involved on the project *“Clinic Supervision for Care Quality and Safety – C-S2AFECARE-Q”*. The gathered data was made by a semi-structured interview, and then the data content was analyzed.

It's conclusive through the content analysis that the CNS motivation goes from different perspectives and that CS professional training is fundamental for a CNS model implementation. There were identified several factors that can help or not the supervise process, were it can enhance the institution supplied support and the professional and personal difficulties lived by the nurses involved. The advantages and disadvantages of what the supervision project brings to the nurses, institution and patients where the relation between CNS and the care quality and safety are recognized through the reflexive practice, the knowledge increase and skills, support and obtain feedback were also identified.

Key-Words: Clinic Supervision, Nursing Clinic Supervision, Clinic Nurse Supervisor, Clinic Supervision for the Context Nursing Model Implementation.

INTRODUÇÃO

A qualidade, é uma exigência incontornável na atualidade em todos os ramos da atividade humana (Garrido Simões, Pires, 2008).

Em saúde, a qualidade é uma tarefa multiprofissional, na qual os enfermeiros exercem um papel fundamental, sendo indispensável a definição por parte dos mesmos de padrões de qualidade do seu exercício (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001).

Um dos pressupostos prioritários definidos pela OE, diz respeito à política de promoção e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2007).

De acordo com a OE (2010, p. 5), a SCE é referida *“como um processo formal de acompanhamento da prática profissional. Que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica”*.

Neste contexto surge a SC, aliada à promoção da qualidade dos cuidados através do desenvolvimento pessoal, profissional e humano (Abreu, 2003).

Assim sendo, o principal objetivo da SC, abrange o desenvolvimento humano e profissional num contexto de formação de adultos, traduzido pelo desenvolvimento de características físicas, psíquicas, cognitivas e sociais, e através de um processo de informação/reflexão/ação/reflexão, o que permitirá uma maior satisfação profissional e uma diminuição de ansiedade e stresse (Fonseca, 2006; Abreu, 2007).

Este estudo, desenvolve-se no âmbito do projeto de investigação-ação intitulado: *“Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados – C-S2AFECARE-Q”*, a decorrer no CHMA em parceria com a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Insere-se, na segunda fase da investigação, onde se pretende fazer a implementação de um modelo de SCE, caracterizado pelas necessidades em SC identificadas na primeira fase do projeto, de forma a contribuir para uma melhoria na qualidade e segurança dos cuidados e das práticas clínicas.

A SC em enfermagem, é vista como uma inovação relativamente recente, pelo que a mudança que a acompanha poderá fomentar a dúvida, o stresse e a impulsividade, bem como sentimentos de realização, orgulho ou pertença (Glenn, 2010).

Neste contexto, urge o interesse em perceber a perspetiva do ESC como elemento fundamental no processo supervisivo na implementação de um modelo de SCE.

A pergunta de partida deste estudo: **“Qual a perspetiva dos enfermeiros supervisores durante a implementação de um modelo de supervisão clínica?”**, tem como finalidade, analisar a implementação e as consequências do modelo de SCE no CHMA, através da perspetiva do ESC, como também contribuir para a definição de estratégias facilitadoras da implementação e adesão ao modelo de SCE, através da análise do processo em curso.

Assim sendo este trabalho visa:

- Identificar os fatores motivacionais dos ESC no decorrer da implementação do MSCEC no CHMA;
- Identificar a necessidade de carácter formativo dos ESC no decorrer da implementação do MSCEC no CHMA;
- Analisar os fatores limitadores mencionados pelos ESC, na implementação do MSCEC no CHMA;
- Analisar os fatores facilitadores mencionado pelos ESC, na implementação do MSCEC no CHMA;
- Compreender as dificuldades sentidas pelos ESC durante a implementação do MSCEC no CHMA;
- Compreender as vantagens da implementação do MSCEC no CHMA, na perspetiva dos ESC;
- Compreender as desvantagens da implementação do MSCEC no CHMA, na perspetiva dos ESC.

Metodologicamente, este é um estudo qualitativo assente num paradigma naturalista, de carácter exploratório e descritivo, onde os participantes do estudo designam-se pelos sete ESC que integraram o projeto em SCE a decorrer no CHMA.

Os dados foram recolhidos através de uma entrevista semi-estruturada nos Serviços de Medicina e Obstetrícia/Bloco de Partos, na Unidade de Santo Tirso e na Unidade de Vila Nova de Famalicão, respetivamente.

A apresentação deste estudo inicia-se com a fundamentação teórica adequada para a compreensão e aprofundamento do problema. Primeiramente, é abordada a qualidade e segurança dos cuidados. Esta temática encontra-se relacionada com a SCE e

posteriormente será apresentada de forma sucinta juntamente com a SCE e os mediadores do processo. Na segunda parte é explorada a metodologia adotada para a concretização do estudo, nomeadamente: a pertinência, finalidade do estudo, participantes, tratamento dos dados e questões éticas. Segue-se então a apresentação e discussão dos resultados obtidos após a análise de conteúdo e por último, as conclusões provenientes do estudo desenvolvido.

PARTE I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS

O veloz crescimento e desenvolvimento pelo qual alguns países são abrangidos, requer dos profissionais das diversas áreas de atuação o ingresso no mercado de trabalho com uma nova visão de mundo, na qual valores como a competência, o crescimento mútuo, a atitude positiva, o compromisso, a honestidade, a autodisciplina, e a qualidade estejam presentes (Souza [et al], 2013; Garrido, Simões & Pires, 2008).

Com esse desenvolvimento, a própria sociedade aumentou o seu nível de exigência no que diz respeito à qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem, pelo que existe uma maior consciencialização entre os profissionais de saúde, concretamente os enfermeiros, de que a qualidade é cada vez mais um elemento essencial e implícito na prestação dos cuidados de saúde (Morgado, 2011; Tomás & Gonçalves, 2010).

A qualidade dos cuidados em saúde é considerada como sendo um direito dos indivíduos e, simultaneamente, uma responsabilidade por parte dos profissionais de saúde, e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), deve garantir a segurança dos profissionais e dos utentes, bem como garantir o aumento da qualidade dos seus serviços (Abreu, 2007; WHO, 2004).

Segundo vários autores, não existe um consenso quanto à definição de qualidade. Consideram-na “uma noção vaga, difícil de definir e que varia no tempo e no espaço e, também segundo as pessoas e os pontos de vista” (Giraud, 1994 cit. por Hesbeen, 2001, p. 47). Segundo a OMS (2003), esta pode ser definida como uma característica ou propriedade de alguma coisa que possui um elevado nível de excelência. No entanto, a definição de qualidade varia mediante os países e reflete as políticas em prática. Para Abreu (2007), a qualidade assenta numa filosofia de gestão, promovendo uma maior eficácia dos serviços, bem como a simplificação de processo, procedimentos e ainda a satisfação das necessidades dos clientes.

A qualidade, hoje em dia, é reconhecida universalmente como a satisfação das necessidades explícitas e implícitas dos indivíduos a custos apropriados, sendo imperioso a

qualquer organização pública pela necessidade de contenção orçamental e pelo maior nível de exigências do indivíduo (Silva,2011).

Biscaia (2000), refere qualidade como sendo um conjunto integrado de atividades estipuladas e planeadas pela organização, baseadas nas metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados dentro das necessidades expostas pelos indivíduos.

Em saúde, a qualidade surge como *“prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão”* (Saturno et al.,1990 cit. por Ministério da Saúde (MS), 2011b, p.2).

A implementação do termo qualidade em saúde pretende, acima de tudo, aumentar a eficácia e melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, assim como melhorar a assistência aos indivíduos (Carneiro, 2010).

A OMS, na tentativa de facilitar a identificação de cuidados de saúde de qualidade, identificou o elevado grau de excelência profissional, a eficácia na utilização de recursos, a diminuição dos riscos para os doentes, a satisfação dos mesmos e os resultados obtidos como componentes para a qualidade dos cuidados (Biscaia, 2000).

A qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, na qual os enfermeiros exercem um papel fundamental, uma vez que um dos pressupostos estipulados pela Ordem dos Enfermeiros diz respeito à política de promoção e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. O empenho para alcançar esta qualidade compete não só aos profissionais de saúde, como também às instituições, às infraestruturas, aos equipamentos e aos recursos humanos proporcionais às necessidades deparadas (OE, 2001, 2007).

De acordo com Donabedian (2003), a qualidade no serviço de saúde pode ser perspectivada numa vertente tridimensional: estrutura, processo e resultado.

No que concerne à estrutura, esta diz respeito às condições das instalações, equipamentos e recursos humanos, bem como à adequação dos mesmos às necessidades e normas em vigor.

Por sua vez, no que diz respeito ao processo, este refere-se à análise da competência dos profissionais na resolução dos problemas de saúde dos clientes, sendo

considerada a vertente mais difícil de ser avaliada, uma vez que são vários os intervenientes e diversas as situações; para avaliar esta dimensão dá-se especial destaque ao uso de protocolos que servem como parâmetros de comparação com o que é preconizado pelos mesmos e o que efetivamente acontece na realidade.

Por último a vertente do resultado é a mais objetiva e relaciona-se com o estado de saúde do indivíduo como resultado da sua interação, ou não, com o sistema de saúde. É possível recorrer-se à utilização de indicadores que permitam ações comparativas no aspeto epistemológico e evolutivo da saúde e doença; nesta vertente dá-se ainda especial relevo à satisfação do cliente (Peterlini & Zagonel, 2003; Reis *et al*, 1990).

Segundo Pina (2010), para além de uma cultura de qualidade de cuidados é fundamental conceber uma cultura de segurança dos mesmos, uma vez que a segurança nas organizações de saúde é considerada prioritária juntamente com a intervenção dos profissionais na prevenção de efeitos adversos que podem ocorrer ao longo do internamento. Cuidados seguros, com qualidade e eficientes devem ser uma preocupação das organizações de saúde e dos seus profissionais, dirigidos tanto aos doentes como às famílias, o que requer o cumprimento de regras aplicadas independentemente do contexto de prestação de cuidados, dependendo da competência dos profissionais de saúde e do ambiente de trabalho que suporte a excelência do desempenho (OE, 2010c; ICN, 2007).

Para além de ser uma área de atenção por parte dos enfermeiros, a qualidade e segurança em saúde é também entendida como prioridade estratégica por parte do Ministério da Saúde, que propõe o reconhecimento público da qualidade das suas organizações através de um sistema de acreditação das mesmas (Programa Nacional de Acreditação em Saúde [PNAS], 2009).

Neste sentido, Abreu (2007, p.207, 208) alerta-nos que *“face à dinâmica de mudança que se sente hoje nas instituições de saúde, ancorada nas mudanças dos padrões de saúde doença, crescentes exigências sociais, formas alternativas de organizar o trabalho, formação dos profissionais de saúde e introdução de novas tecnologias, os enfermeiros, necessitam de repensar o seu desenvolvimento profissional (...) e encarar a qualidade como uma filosofia e uma meta operacional”*.

É de destacar, que a certificação e a acreditação são componentes importantes para objetivar a procura da qualidade. De acordo com Shaw (2004), os programas de

acreditação/certificação surgem como uma solução para a implementação de sistemas de qualidade e segurança em organizações de saúde, focando o que pode ser melhorado em função do cliente, os procedimentos clínicos, os resultados e a *performance* organizacional.

O processo de acreditação a nível hospitalar, aponta uma direção positiva na melhoria da assistência aos clientes estabelecendo níveis crescentes de qualidade e segurança. Os enfermeiros têm contribuído para o desenvolvimento dessa mesma qualidade, assistencial e organizacional, participando em processos avaliativos de diversas formas, seja através da avaliação do seu desempenho, seja como agente avaliador nos casos de acreditação e de avaliação dos riscos dos profissionais (Feldman *et al*, 2005).

A acreditação é, portanto, considerada pelo International Council of Nurses (ICN) um meio de assegurar a qualidade e proteger o público, confirmando que as pessoas, os programas, as instituições ou os produtos cumprem normas previamente acordadas (ICN, 2007). Trata-se de um processo sistemático de carácter voluntário, periódico e reservado, onde uma organização prestadora de cuidados de saúde é avaliada por uma entidade externa, garantindo assim a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos e assumindo responsabilidade e compromisso com a segurança. Através deste procedimento, a organização acreditada está dotada duma determinada competência para efetuar uma determinada função de acordo com normas internacionais, europeias ou nacionais (João, 2006; Decreto Lei nº 125/2004 de 31 de Maio 2004).

Por sua vez, a *“certificação é um processo pelo qual um órgão autorizado (...) avalia e reconhece um profissional individual ou uma instituição como atendendo a requisitos ou critérios predeterminados”* (Rooney & Ostenberg, 1999, p.3).

A acreditação em saúde, assume-se como um vetor de fortalecimento da confiança por parte dos clientes e profissionais de saúde nas diversas instituições, permitindo ainda fomentar uma cultura de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados com apropriada relação custo-benefício (PNAS, 2009).

Para Melo (2002, cit. por Cunha, 2008, p. 87), *“a acreditação hospitalar consiste num sistema de avaliação periódica, voluntária e reservada, de padrões previamente definidos, e que tem por finalidade estimular o desenvolvimento na instituição de uma cultura de melhoria contínua de qualidade na assistência prestada, não pretendendo*

fiscalizar nem punir, apenas educar, assegurando aos usuários, profissionais e público em geral, a segurança indispensável aos serviços de saúde”.

Embora existam vários processos de acreditação em curso e várias organizações de saúde acreditadas em Portugal, estes processos não têm uma representação significativa nem consideram o quadro de referência da Ordem dos Enfermeiros (OE) para a qualidade dos cuidados em enfermagem (OE, 2010). Assim, através do Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) dos enfermeiros, a OE adota uma estratégia que visa garantir a idoneidade formativa ao nível dos contextos da prática clínica das organizações através da sua acreditação e da certificação de competências do supervisor clínico (OE, 2010).

Neste contexto, surge a Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE), isto é, a supervisão da prática clínica por enfermeiros com competências e habilidades para esta atividade. A SC, possui um papel crucial no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, quer nos processos formativos, quer nos processos de integração do profissional no seu primeiro contacto com a vida profissional, originando uma indução à prática profissional de uma forma orientada e refletida, promovendo a excelência dos cuidados.

A SCE assume-se então, como uma ferramenta indispensável para preservar e promover a qualidade dos cuidados, uma vez que se encontra no epicentro de diversos processos que se cruzam nas instituições, bem como faz parte dos diversos estádios para a obtenção da acreditação (Abreu, 2007).

Para Cunha (2008), a SCE incide sobre os três pilares de avaliação da qualidade definidos por Donabedian (2003) em que está implícita uma atenção para com o contexto, a experiência profissional dos indivíduos e a própria organização.

No que se reporta à SCE, várias definições surgiram como resultado da multiplicidade sócio-clínica dos contextos de saúde e da recente investigação (Abreu, 2007). De facto, o *Department of Health* do Reino Unido (DoH), definiu em 1993 o conceito de SC como:

“Uma expressão usada para descrever um processo formal de suporte profissional e de aprendizagem, que permite ao indivíduo desenvolver conhecimentos e competências, assumir responsabilidades pela sua prática e promover a protecção do utente, a segurança dos cuidados em situações clínicas complexas. É estruturante para o processo de aprendizagem e melhoria das práticas, devendo ser vista como um meio para encorajar a auto-avaliação e o desenvolvimento de capacidades analíticas e reflexivas” (DoH, 1993, Cit. por Abreu, 2007, p.182).

Neste contexto, Abreu (2007) refere que a SC é uma das dimensões relevantes dos processos de qualidade e acreditação, tendo em consideração os ganhos que proporciona a nível de assistência. Nos estudos realizados por Hyrkäs *et al* (2006) conclui-se claramente que a SCE prediz e melhora a qualidade dos cuidados.

Segundo Cruz (2008, p. 112), *“existe já evidência científica que a supervisão clínica tem efeitos positivos a diferentes níveis, pelo que a sua adopção como estratégia de qualidade é cada vez mais urgente no nosso País”*.

São vários os esforços no sentido de incrementar a SCE nos serviços de saúde, no entanto, é necessária mais investigação para que a SCE seja efetivamente reconhecida como promotora da melhoria da qualidade dos cuidados (Pires, 2004).

A criação de um ambiente de reflexão e de suporte, é especialmente útil para a SCE pois promove a partilha de sentimentos, emoções e experiências clínicas vivenciadas pelos enfermeiros, tornando-se numa valiosa ferramenta de apoio na compreensão das suas necessidades e anseios (King’s Fund, 2000; Brunero & Stein-Parbury, 2008).

2. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

A Supervisão Clínica (SC) comporta um processo “ *dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais*” (Maia e Abreu, 2003 cit. por Abreu, 2007, p.177) apoiando-se na reflexão, ajuda e orientação, objetivando a qualidade dos cuidados de enfermagem, a proteção e a segurança dos doentes, bem como o aumento da satisfação e desenvolvimento profissional (Abreu, 2007).

Com o desenvolvimento tecnológico e as mudanças nos serviços de saúde os princípios da SC anteriormente mencionados tornam-se imprescindíveis para a qualidade dos cuidados, uma vez, que se admite haver diminuição de erros e das fragilidades na prestação dos cuidados aos utentes. Os processos de acreditação das organizações e a investigação resultante desta aplicação, evidenciam ganhos para a qualidade dos cuidados prestados após a implementação da SCE.

Noutra perspetiva, o desenvolvimento profissional ao longo do exercício profissional obedece a diversos aspetos de carácter social e institucional, sendo todavia, indissociável da estrutura individual de cada um e dos fatores que, direta ou indiretamente, interagem com o próprio indivíduo, nomeadamente as relações interpessoais e as transições ecológicas que pontuam esse desenvolvimento. Estas perspetivas, permitem o delimitar da identidade profissional ancorado nas vivências, na aglomeração de experiências e como nas suas interpretações (Garrido, Simões e Pires, 2008).

Deste modo, a SC conduz a uma visão de qualidade, de inteligência, de responsabilidade, de experiência, tendo uma perspetiva livre, acolhedora, empática e serena que envolve, de quem a vê, um contemplar do que passou, do que passa e do que passará. Implica, uma compreensão integral através de um olhar que vê para além do observado, numa visão prospetiva apoiada num pensamento estratégico e lógico (Tavares e Alarcão, 2007).

Podemos assim sistematizar, que a Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) tem como foco, proporcionar um desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências dos profissionais de enfermagem para o seu exercício profissional,

aperfeiçoando, a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do próprio doente (Winstanley e White, 2003).

Tornou-se assim fulcral no âmbito desta investigação, explorar e aprofundar a evolução do conceito de SCE, os seus distintos significados atribuídos pelos diferentes autores, bem como o seu conceito atual.

2.1. SCE: conceitos e contributos

Uma extensa revisão da literatura destaca uma gama diversificada de definições, teorias e crenças em relação à SC. Ryan (1998 cit. Lynch *et al*, 2008, p.3) sugere que: *“it is perhaps intrinsic to the nature of clinical supervision that no single definition or theory exists.”*

A fim de esclarecer e clarificar este conceito, torna-se pertinente examinar os díspares pontos de vista e consolidar o corpo de conhecimento existente sobre a SC, explorando as suas origens e características.

Dentro da literatura existe uma falta de clareza sobre a origem da SC, uma vez que os diversos autores especificam a SC para a sua própria profissão, com pouco ou nenhum reconhecimento do trabalho paralelo dos outros autores, e, portanto, a SCE emerge continuamente como um novo conceito ou um novo fenómeno (Lynch *et al*, 2008).

A origem da SCE, remonta ao início de (...) *1900s with a conference on this topic held in New York in 1925 (...) traditionally been used in the areas of social work, psychiatry and psychology, its popularity in UK nursing became evident in the late 1980s*” (Cross *et al*, 2010, p.246).

Apesar de existir uma vasta literatura sobre SC, a inexistência de uma definição única e coerente, tem vindo a fomentar o desenvolvimento de mitos e equívocos dentro da profissão de enfermagem. Diante disso, é essencial para a prática de enfermagem, definir supervisão clínica, dissipando esses mitos e equívocos a fim de desenvolver a coerência na aplicação de SCE (Cruz, 2008).

A origem de *Supervisão* vem do latim, em que *Super* corresponde acima ou mais, e *Videre* corresponde a ver, assim sendo *Supervisão* significa ter uma visão acima de, para além de, e quando associada a uma prática clínica, dá-se o nome de *Supervisão Clínica*, correspondendo assim, à supervisão do trabalho clínico de um profissional, pelo que não se torna surpreendente que os enfermeiros encarem a SC como um processo ligado à gestão, encarando o Supervisor Clínico como alguém que dirige, fiscaliza, controla e avalia a prática clínica dos Enfermeiros (Abreu,2007; Lynch *et al*, 2008).

Ao longo do tempo, a supervisão foi vista *“como um processo hierárquico e impessoal de inspeção, domínio e controlo (...)”* (Soares,2002b cit. Por Fonseca, 2006,p.16) porém esta ideia começa a desvanecer e a dar lugar a uma perspetiva de mutualidade no crescimento e desenvolvimento de todos os atores (Garmston *et al*,2002 cit. por Fonseca, 2006),através de processos de reflexão, e estudos nesta temática. Com esta evolução consta-se que o processo de *Supervisão* não corresponde simplesmente a um ato de coordenar ou inspecionar, mas sim a um processo que fundamenta o desenvolvimento e crescimento dos profissionais, através de uma perspetiva facilitadora de orientação, de reflexão e de aconselhamento. (Abreu, 2007)

Blumberg (1980) citado por Franco (1999) afirma que a supervisão é um processo de auxílio e de simbiose entre duas pessoas, onde partilham informação e comparam as suas alternativas. Neste processo, o orientador é apenas uma pessoa com mais experiência na conduta a ser investigada. Para Franco (1999, p.20) a supervisão consiste num *“processo em que uma pessoa experiente e bem informada orienta o aluno no seu desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa atuação de monitorização sistemática da prática, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação”*.

Na enfermagem, a SC adquire um especial relevo devido à individualidade e imprevisibilidade da profissão, pelo que o enfermeiro, através de *“(...) estratégias e processos de orientação, ajuda e acompanhamento das práticas clínicas(...)”* (Fonseca, 2006,p.11) deverá desenvolver uma maior confiança nos cuidados prestados, e *à posteriori* uma reflexão sobre a qualidade dos mesmos.

A importância atribuída à SCE é inegável (DoH, 1994 cit. Por Butterworth, 1995; Abreu,2002), sendo uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, tanto na perspetiva do utente, recetor dos cuidados, como na perspetiva de quem os executa, os enfermeiros. A SC torna-se assim importante para o desenvolvimento

de competências, conhecimentos e valores profissionais, através de uma crescente autonomia e responsabilidade pelos cuidados de saúde prestados, permitindo a reflexão da prática e a salvaguarda dos valores e interesses do supervisionado, como também da organização na qual o processo supervisiivo se desenrola (Faugier e Butterworth, 1994; RCN, 2002; Hyrkäs *et al*, 2006; OE, 2007,2010; NCPDNM, 2008).

De acordo com a OE (2009, p. 4), a SC é

“Um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica. A acção, a reflexão e a colaboração entre supervisor e supervisionado são eixos centrais na supervisão clínica”.

Abreu (2007), considera que a SC é uma estratégia de acompanhamento e desenvolvimento profissional, essencial na promoção/melhoria da qualidade e da acreditação, uma vez que, a sua implementação proporciona ganhos assistenciais. Assim sendo, a SC é um processo de adaptação pessoal e reflexivo dos conhecimentos, de integração de experiências que envolve o desenvolvimento de atitudes, habilidades e características pessoais, paralelamente com a inteligência emocional, as preocupações éticas e o pensamento relacional.

Apesar das diversas definições, permanecem aspetos comuns, destacando-se que a SC consiste num processo que visa o suporte e acompanhamento do supervisionado por um supervisor, no sentido de desenvolver conhecimentos e habilidades reflexivas sobre a prática dos cuidados de enfermagem, inserido num ambiente favorável a esse desenvolvimento, caracterizado por um processo empático de forma a aperfeiçoar as competências clínicas (Winstanley & White, 2003; Cross [*et al*], 2010).

2.2. Modelos de Supervisão Clínica

Segundo Fonseca (2006) o processo de supervisão enquadra estruturas, modelos e cenários de forma a descrever e a elucidar a realidade supervisiva, ou seja, relatam sistemas, estratégias, meios e requisitos que permitem responder aos interesses de todos os intervenientes do processo supervisivo.

Perante estas conceções alusivas ao processo de supervisão, tornou-se fulcral para o desenvolvimento desta investigação, aprofundar e explorar os diferentes modelos e estratégias implementados em conformidade com a contextualização deste trabalho.

Garrido, Simões e Pires (2008,p.16) declaram que a SC comporta

“A elaboração de planos individualizados de aprendizagem para os supervisados. À forma sistemática (...) aplicada chama-se modelo, o qual se reveste de forma e conteúdo, constituindo o quadro conceptual que informa o processo de supervisão.”

Para Abreu (2007,p.190)

“Um modelo pode ser entendido como uma matriz explicativa, detentora de um corpo organizado e articulado de conceitos ou ideias, com o intuito de orientar o pensamento, proporcionar leitura de fenómenos e constituir uma referência para a ação.”

Para Garrido (2004), um modelo de SCE deve desempenhar três funções fundamentais: proporcionar apoio ao enfermeiro na sua prática clínica, fomentar o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro e por último, promover cuidados de enfermagem de qualidade.

Hyrkäs (2002), propõe que os diversos modelos de SC se agrupem em quatro perspetivas diferentes: os que ostentam o desenvolvimento, onde se destaca o modelo de Faugier (1992) (*cit.* Faugier e Butterworth,1994; Garrido, Simões e Pires,2008), e o modelo de Friedman & Marr (1995). O cariz de um modelo de desenvolvimento é o supervisor que facilita o crescimento educacional e pessoal do supervisado, providenciando o suporte para o crescimento da sua autonomia, raciocínio, generosidade, fraqueza, vontade de aprender, confiança, a humanidade e a sensibilidade.

Existem modelos que se centram nas funções da SC na prática, onde podemos destacar Paunonen (1999), citado por Hyrkäs (2002) e Proctor (1986) citado por Winstanley & White (2003) e Faugier & Butterworth (1994). De acordo com Hyrkäs (2002), o modelo de Paunonen (1999) dá ênfase à segurança e qualidade dos serviços de saúde promovendo um maior envolvimento pessoal, aumentando assim uma maior motivação e compromisso na prática clínica. Por outro lado, o modelo de Proctor (1986) consiste num modelo interativo de três funções usadas simultaneamente ou de forma isolada. A função formativa/educativa, que salienta o desenvolvimento de competências, de compreensão e de habilidades no supervisionado com base na reflexão da sua prática. A função restaurativa/suporte, que possibilita perceber e gerir o stress intrínseco à prática de enfermagem. E por último, a função normativa/administrativa, que promove e cumpre protocolos e procedimentos, desenvolvendo *standards*, contribuindo assim, para a auditoria clínica (Faugier & Butterworth, 1994; Garrido *et al*, 2008).

Existem ainda os modelos que dão ênfase à relação de SC, onde salientamos os modelos de Cutcliffe & Epling (1997), citado por Hyrkäs (2002), Farrington (1995), Heron (1990), citados por Farrington (1995), Cruz (2008) e Garrido *et al* (2008), e o modelo de Severinsson (2001), citado por Abreu (2007).

O modelo de Heron (1990), assenta na relação interpessoal entre o supervisor e o supervisionado, na qual o primeiro pode adotar um determinado estilo de intervenção de entre seis possíveis, que se encontram divididos em dois grandes grupos, autoritário e facilitador.

O estilo autoritário, permite ao supervisor manter um determinado controlo sobre a relação supervisa, inclui os estilos de intervenção prescritivo (o supervisor dirige explicitamente o supervisionado no aconselhamento e no sentido de ação); o informativo (o supervisor fornece a informação para formar o supervisionado); e por fim, o confrontador (o supervisor desafia a opinião ou comportamento do supervisionado).

No estilo facilitador, o supervisionado exerce o controlo, abrange a intervenção do tipo catártico (o supervisor ajuda o supervisionado na expressão de pensamentos e emoções não reconhecidas ou não expressas); catalítico (permite que o supervisionado se torne cada vez mais reflexivo e autodirigir-se); e por último a intervenção de suporte (o supervisor reforça a confiança do supervisionado nas suas áreas de competência) (Farrington, 1995; Cruz, 2008; Garrido, Simões e Pires, 2008).

O modelo de Severinsson (2001), evidencia a relação supervisiva, entre o supervisor e o supervisionado, promovendo um diálogo reflexivo assente nos conceitos, confirmação, significados e consciencialização, de forma a desenvolver profissionalmente o supervisionado. Este modelo assenta em três premissas: confirmação, dar significado e *self-awareness*, e salienta a responsabilidade e a competência do supervisor para estabelecer os conceitos fulcrais do processo supervisivo.

Segundo Abreu (2007, p. 168), o modelo é essencial para,

“(...) confirmar saberes, oferecer apoio e dar pistas para o seu desenvolvimento (...) conferir significados: ajudar o formando a desenvolver aprendizagens significativas, relacionando saberes atuais com situações anteriormente aprendidas (...) favorecer a consciencialização: ter uma ideia mais informada e consciente de si, dos outros e do contexto, bem como a posição face a todos estes.”

Existem modelos de SC que não podem ser compreendidos através de estádios ou estilos de intervenções, pois estão diretamente relacionados com as decisões e preferências do supervisor relativamente à tríade supervisor, supervisionado e utente, surgindo assim uma perspetiva que salienta os cuidados ao utente (Hyrkäs, 2002).

Salientamos assim o modelo de Hawins & Shohet (1996), modelo este flexível constituído por dois sistemas/matrizes interligadas: sistema terapêutico (supervisionado/utente) e sistema de supervisão (supervisionado/supervisor) (Cruz, 2008; Hyrkäs, 2002).

Todos os modelos envolvem aspetos importantes para a prática, porém cabe a cada instituição, a cada supervisor selecionar o modelo ou modelos que melhor se adaptam aos seus interesses, pois como refere Garrido, Simões e Pires (2008, p.27) *“(...) nenhum modelo é melhor que outro, o contexto organizacional e profissional é que determinará se a seleção do modelo a utilizar”*. No entanto, a equipa que conduz o processo supervisivo, pode optar por desenvolver um modelo de SCE próprio, adequado às necessidades do contexto.

2.2.1 Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem

A implementação de SCE ao longo do tempo, tem sido notificada como um elemento fundamental para a prática de enfermagem, uma vez que se encontra associada ao aperfeiçoamento da prática profissional e à valorização da enfermagem como profissão.

“A implementação tem sido vista como crucial para uma introdução à supervisão clínica bem-sucedida. Apesar da sua importância pouca é a literatura disponível para guiar este processo” (Lynch & Happell, 2008, p. 73).

Para que um modelo de SCE seja implementado com êxito, é fundamental que se desenvolva no serviço, uma cultura na qual os profissionais são valorizados e onde esta valorização é demonstrada em termos de tempo para o desenvolvimento pessoal e profissional, de forma a apoiar a prática clínica dos mesmos. Pelo que a consciencialização dos enfermeiros para o desenvolvimento de uma cultura supervisiva é fundamental para uma posterior aceitação do processo supervisivo (Lynch *et al*, 2008; Bartle, 2000).

Segundo Butterworth e Woods (1999), uma infalível implementação passa pela preparação correta e completa dos ESC; pelo tempo disponibilizado para ocorrer o processo; pelo estabelecimento de relações de confiança entre os supervisores e supervisados e para colmatar, a avaliação e orientação da SCE durante todo o processo.

A implementação de um modelo de SC possibilita, essencialmente, a prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade, pelo que existe uma diversidade de modelos. Como menciona Garrido, Simões e Pires (2008, p. 17),

“ (...) deparamo-nos com um variado leque de definições e modelos de supervisão clínica, cujas diferenças refletem as particularidades da disciplina, a área do conhecimento e o foco de aprendizagem, bem como, a área de atividade dos autores e as suas diferentes perspetivas conceptuais.”

A SCE na prática, ocorre como um processo e tem etapas bem definidas. O modelo de implementação proposto por Waskett (2009) foi aplicado em 16 Trusts na região de Manchester (Reino Unido) em 2004, sendo considerado um modelo eficaz para a implementação de SCE. Este modelo é apoiado por quatro etapas: estrutura (structure), competências (skills), suporte (support) e sustentabilidade (sustainability).

A etapa “estrutura”, dá ênfase à importância do envolvimento institucional numa fase inicial de modo a permitir o comprometimento para com todo o processo. Deverá ser

atribuído ao grupo que lidera a implementação, o poder e a autoridade para tomar decisões, bem como os recursos que possibilitem a implementação do processo superviso. O grupo deverá determinar o conceito de SC a utilizar, bem como decidir sobre a obrigatoriedade ou não, da participação dos supervisados, uma vez que a participação voluntária facilita o processo. Deverá também discutir com os ESC e com os supervisados o tipo de supervisão a utilizar (grupo, de um para um, ambos), o tempo das sessões, intervalo de tempo entre cada sessão, recursos, estratégias de avaliação da eficácia da supervisão, protocolos, procedimentos, contratos e o número de supervisores (Waskett, 2009).

Na etapa “competências”, são desenvolvidas as competências dos supervisores, nomeadamente, as que facilitam o processo de reflexão da prática pelo supervisado, bem como competências que permitam gerir a dualidade cuidar do utente ou família e acompanhar o desenvolvimento do supervisado (Waskett, 2009).

A etapa “suporte”, realça a importância de supervisionar os supervisores, bem como promover reuniões com outros supervisores, de modo a permitir a partilha de experiências de supervisão (Waskett, 2009).

Por último, a “sustentabilidade”, diz que o processo superviso só é assegurado pela contínua formação dos supervisores e pela avaliação do processo (Waskett, 2009).

Thomas e Reid (1995), lembram que as dificuldades na implementação da SC não devem ser descuradas, definindo três dificuldades principais: a carência de indivíduos treinados como supervisores. A falta de estrutura supervisiva, que proporciona muitas vezes, o questionar do papel de supervisor por parte do supervisado e por fim os serviços onde existe uma elevada mobilidade, um acréscimo de admissões e uma carga de trabalho elevada onde a SC, é muitas vezes abandonada e renunciada. Para minimizar estes problemas, as instituições, muitas vezes elegem como ESC os enfermeiros responsáveis pelos serviços, porém esta decisão desencadeia vários inconvenientes, e como refere Cutcliffe (2001) citado por Garrido (2004), o supervisor deve fomentar a confiança de quem necessita ser apoiado nas práticas, não devendo ser designado pela organização.

Segundo a OE (2009, p.4) os ESC que *“são designados nem sempre têm disponibilidade ou o interesse para ser supervisor de alguém e neste processo a disponibilidade para o fator é fundamental”*.

Koivu [et al] (2011), define duas barreiras para a implementação da SC, a barreira organizacional e a barreira pessoal.

A barreira organizacional, comporta os conflitos profissionais e políticos, a falta de compreensão, e por último os constrangimentos do tempo/recursos, nomeadamente os turno rotativos/desgastantes ou mesmo a imprevisibilidade dos cuidados de enfermagem.

A barreira pessoal, que admite a identificação dos enfermeiros envolvidos no processo de SC, as suas emoções, o medo de mudança, a falta de confiança, de conhecimentos baseados na evidência e que facilmente se integram na prática, ou mesmo de competências, além da incompreensão da natureza da SC e os seus objetivos.

Segundo vários autores, a implementação de SCE proporciona um enriquecimento de conhecimentos, um aumento da sensação de apoio, confiança, e autoconsciência, permitindo a reflexão da prática e a salvaguarda dos valores e interesses do supervisionado/supervisor/instituição contribuindo assim para o aumento da qualidade dos cuidados, para a segurança do cliente, para a satisfação profissional e pessoal, e para a sensação de bem-estar.

A SCE, previne o *burnout* e o stresse (Bégat & Severinsson, 2006; Edward et al, 2006; Hyrkäs et al, 2006), consequentemente reduz a taxa de absentismo (NCPDNM, 2008), melhora a comunicação entre os profissionais (Todd & O'Connor, 2005), e facilita o recrutamento e a retenção de enfermeiros altamente qualificados. (Davey et al, 2006; Lynch & Happell, 2008a; RCN, 2002; OE, 2007, 2010; Abreu, 2007)

Hyrkäs (2002), salienta ainda que através da SC, os profissionais identificam precocemente os efeitos da pressão e das dificuldades sentidas, reconhecendo e aperfeiçoando formas de lidar com estas situações.

Cross [et al] (2012), afirmam que os supervisionados após a implementação da SC identificam mais facilmente situações de conflito ou momentos em que a sua capacidade de resposta ultrapassa os seus limites, pelo que ocorre um desenvolvimento de sentimentos de autorrespeito, autoestima, autoconfiança e independência, facilitando a integração e o desenvolvimento de novos profissionais.

A provável resistência dos enfermeiros à implementação de um processo supervisivo advém da mudança, de algo que certamente originará alterações significativas

na vida pessoal e profissional. Pelo que, a forma como a SC é sugerida, apresentada, implementada e até mesmo avaliada, vai-se tornar fulcral para a sua verdadeira eficiência. Torna-se importante salientar, que o processo deverá envolver todos os participantes, supervisor/supervinado/instituição, tornando esta relação tripartida eficaz, promovendo o desempenho previsto por todos os intervenientes (Cruz, 2008).

2.3. Mediadores do processo supervisivo

Independentemente do modelo de SC selecionado, este necessita de ser desenvolvido como um processo reflexivo que ocorre num tempo determinado, dentro de um ambiente de discussão e apoio. Este processo implica decisões estratégicas e coerentes, pelo que é necessário um investimento de todos os mediadores do processo supervisivo, nomeadamente a instituição, o supervisor e o supervinado, bem como a relação que eles estabelecem (OE, 2012; White e Winstantley, 2009).

2.3.1. Enfermeiro Supervisor /Enfermeiro Supervinado

Desde o início da história da humanidade que os profissionais aprendiam a atividade através de um treino intensivo supervisado por um *prático*. Este *prático* era considerado um líder, um profissional experiente, que ensinava aos seus sucessores as habilidades da profissão, através de uma relação empática. Era uma pessoa que influenciava e orientava o rumo, as opiniões e o curso das ações. Este líder assemelhava-se a um treinador, cuja missão fundamental era instruir, facilitar a sinergia e cuidar para que a mística, a disciplina e a confiança possibilitassem a concretização dos objetivos estipulados pela equipa (Souza [et al], 2013).

O termo liderança, surge assim, como um “ *processo de exercer influência sobre uma pessoa ou um grupo de pessoas que se esforçam por alcançar o seu objetivo em situações determinadas*” (Souza [et al], 2013, p. 282).

Neste processo, o comportamento do líder proporciona um reflexo no desempenho do grupo, uma vez, que este grupo se espelha num modelo que acredita ou que percebe como necessário para a execução das suas práticas. O líder, é uma pessoa capaz de canalizar a atenção dos envolvidos e dirigi-la para ideais comuns, empenhando-se no sentido de aproximar e ajustar interesses grupais e individuais em consonância com os objetivos comuns.

O líder, no processo de liderança torna-se obrigado a ter uma busca incansável de conhecimento e de partilha desse mesmo conhecimento com todos os liderados, é crucial que o líder desenvolva uma comunicação eficiente, um comprometimento, uma responsabilidade, um saber ouvir, uma credibilidade/confiança, um alto nível de resolução de atividades e de situações complexas e um bom relacionamento interpessoal (Souza [et al], 2013; Faria, 2007).

Segundo Davel e Machado (2001) o centro do relacionamento entre o líder e o subordinado é movido pelo poder, cognição e emoção. O equilíbrio desses fatores é desenvolvido pela liderança, não por um processo orientado pela autoridade, mas primordialmente pela negociação dos limites possíveis entre os desejos individuais e os objetivos organizacionais, o que determina o consentimento e tornam legítima a atuação do líder.

Vendemiatti [et al] (2010) citando Weber (1992), distingue três tipologias de liderança: a liderança autocrática, que possui como foco o líder, sendo ele quem delimita as diretrizes a serem seguidas e determina as técnicas a serem utilizadas; a liderança democrática, que coloca a sua ênfase tanto no líder como nos liderados, sendo as diretrizes debatidas e as técnicas/processos escolhidos pelo grupo e assistidos pelo líder; e por último a liderança liberal, que coloca o seu foco nos subordinados, neste tipo de liderança há liberdade completa, por parte dos colaboradores para a tomada de decisão.

Para vários autores, a liderança é uma habilidade essencial na vida profissional dos enfermeiros, pois promove o envolvimento, a satisfação e motivação profissional, tornando-os mais aptos para comunicar claramente com o grupo, amplificando a capacidade de providenciar soluções para os conflitos e a ter iniciativa para a tomada de decisão (Souza [et al], 2013; Santos & Castro, 2008).

O processo de SCE tem vindo a ser alvo de múltiplas problemáticas identificadas pelos vários intervenientes nomeadamente, o supervisor, o supervisionado e a instituição onde decorre o processo. Soares (2008) citando Cottrel (2000a) revela que os papéis de líder, chefe, e supervisor não são mutuamente exclusivos. Os supervisionados tendem a não aceitar ser supervisionados pelos responsáveis, isto devido ao conflito de papéis que pode envolver a relação. Outra problemática evidenciada, são os aspetos éticos, que podem desenvolver renitência à aplicação do processo, particularmente o consentimento do supervisionado, o contrato escrito, as questões de confidencialidade, como a resistência em acreditar no ESC como um conselheiro e confidente e, ainda a revolta, por serem muitas vezes as instituições a aconselhar a intervenção do supervisor e não ser o próprio a declarar (Soares, 2008).

Cutcliffe [et al] (2001), refere que a figura do supervisor clínico deve depender da escolha de quem quer ser apoiado nas suas práticas e não uma figura destacada diretamente pela organização, assim sendo cabe ao supervisionado a escolha daquele pelo qual sente mais empatia para uma relação supervisiva assente no problema que este apresenta ou deteta.

Segundo Abreu (2002), o processo supervisivo é composto por uma parte técnica dividida em três fases: a fase inicial de integração das partes envolvidas em que existe uma focalização no supervisionado, no processo que irá decorrer e nas técnicas a utilizar. Esta fase caracteriza-se pelo elevado nível de dependência do supervisionado para com o supervisor, pela sua insegurança e desconhecimento do processo e onde são estabelecidos os objetivos após o diagnóstico das situações relevantes. O supervisionado, com a sua escassez de conhecimento vai desenvolvendo atividades em torno de uma ideia do seu supervisor. Nesta dimensão, a auto-estima vai aumentando pelas próprias características do supervisor. A intervenção da instituição torna-se assim fundamental, dando oportunidades de formação externa em ações de formação, e apoiando um controle emocional através da fomentação de momentos informais.

Ao ESC compete, preparar o segmento a desenvolver; conhecer aspetos do profissional; demonstrar; apoiar; integrar, encorajar e conhecer o contexto, pois não pode desempenhar adequadamente o seu papel sem ter um conhecimento profundo do contexto organizacional, ou da cultura da qual tem que exercer funções.

Deste modo, a comunicação urge como um elemento fundamental no processo supervisoivo, segundo Santos & Silva (2003) o êxito do supervisor relaciona-se diretamente com a sua habilidade para comunicar com os enfermeiros supervisionados, uma vez que a comunicação pode interferir no comportamento e no desempenho dos intervenientes, condicionando as metas estabelecidas pelo processo supervisoivo.

A segunda fase, passa pela realização/experimentação caracterizada pelo ensino, *feedback*, que se encontra intimamente relacionado com a análise feita pelo supervisor/supervisionado e a prática. Nesta fase, a segurança, a motivação e as capacidades críticas aumentam. O supervisor aconselha determinadas práticas ou reflete com o supervisionado sobre elas. Neste período é normal o aparecimento de conflitos de ideias, nomeadamente sobre questões éticas, pelo que a função do supervisor passa por gerir emoções, promovendo a autonomia, diminuindo a insegurança do supervisionado, a avaliando a forma como o conhecimento é aplicado e promovendo a integração das práticas e dos saberes decorrentes.

A última fase, a fase de autonomia ou de processamento passa pela reflexão sobre todo o processo, descrevendo a experiência, efetivando um análise crítica e procedendo a uma avaliação dos resultados. O supervisionado, nesta etapa ganha uma independência gradual em relação ao supervisor, onde as suas capacidades de distanciamento crítico e analítico vão aumentando até um elevado nível de desenvolvimento de competências individuais. Então o supervisor observa, aproximando-se ou afastando-se das situações, consoante as necessidades. Nesta fase, existe uma maior partilha na relação supervisoiva, em que o supervisor é mais um companheiro do dia-a-dia, do que uma figura intimidante. Assim sendo, o supervisor, nesta fase deve pensar na supervisão como um processo dinâmico de qualidade; centrar a sua atenção nas dimensões estruturadas da qualidade (processo de cuidados); promover estratégias de pensamento crítico, não descurando porém, o desenvolvimento de um agir ético.

A função do ESC passa por ajudar a controlar as dificuldades, desenvolver competências que permitam cuidar com mais qualidade, ajudar o supervisionado a reconhecer as suas limitações, alcançar, sustentar e desenvolver criativamente uma elevada qualidade das suas práticas através de meios de apoio e de um desenvolvimento acompanhado de sessões supervisoivas frequentes e contínuas. Por sua vez o supervisionado, tem a função de colaborar de forma ativa com o supervisor para que o processo supervisoivo se desenrole

nas melhores condições, definindo os objetivos e impulsionando a sua concretização, estando também suscetíveis a modificações de comportamentos e práticas que melhorem a qualidade e segurança dos cuidados, e desenvolvem ainda um espírito crítico e reflexivo sobre a sua prática clínica e o seu desenvolvimento profissional e pessoal (Alarcão & Tavares, 2003; Abreu 2003; Garrido 2004).

É também responsabilidade do ES, identificar as questões da prática profissional e juntamente com o ESC compreender esses fenómenos vivenciados, aprofundando a sua experiência e procurando ajuda e suporte. O ES deve ser capaz de partilhar estas questões livremente com o seu ESC para que juntos encontrem uma solução para o problema ou dificuldade. Ao ES é pedido também que coopere na discussão reflexiva das situações com que profissionalmente se depara, devendo responder de forma estruturada e profissional ao *feedback* fornecido pelo ESC (NHS, 2006; OE, 2010).

Vários autores consideram que as características do supervisor são fundamentais para o sucesso e qualidade do processo supervisivo. Num estudo de natureza prospetiva realizado por Blumberg (1976) citado por Alarcão & Tavares (2003) sobre as diferenças entre o supervisor real e um supervisor ideal, este último era definido como um indivíduo aberto, disponível, de contactos fáceis, humanos e flexíveis, com o qual seria agradável trabalhar, repleto de conhecimentos e recursos que colocaria à disposição dos supervisados. O mesmo autor refere ainda, que o supervisor dito ideal incita aos supervisados um papel ativo na resolução dos problemas, promovendo discussões conjuntas de forma alcançar soluções apropriadas.

Para isso, Mosher & Purpel (1972) identificaram seis particularidades que o supervisor deve possuir:

- Sensibilidade para identificar problemas e as razões dos mesmos;
- Capacidade para analisar, dissecar e concetualizar os problemas;
- Capacidade para estabelecer uma comunicação eficaz;
- Competência e desenvolvimento curricular (teoria/prática);
- Competência para um relacionamento interpessoal;
- Responsabilidade social.

Simões e Garrido (2007), por sua vez salientam que as características pessoais e profissionais dos ESC é um dos aspetos cruciais para o sucesso do processo superviso, pelo que destacam algumas características. Como características pessoais, salientam a empatia, autoestima positiva, facilidade no relacionamento interpessoal, saber ouvir, capacidade de observação e análise e boa comunicação (*feedback*), e como características profissionais englobam, competências técnicas, boas capacidades de liderança, organização e planeamento.

Já para Munson (2002) citado por Garrido (2004), os supervisores deveriam possuir ou estarem disponíveis para desenvolver certas características, tais como: ensinar os outros; saber fazer sugestões indiretas; ter paciência; saber planear efetivamente; ter uma atitude positiva quando esperam respostas a questões e explicarem as ações; saber discutir problemas organizacionais de modo construtivo; saber tolerar quando outros cometem erros; saber criticar e aceitar críticas; poder trabalhar em equipa e gerir efetivamente o processo.

Por sua vez, Alarcão e Tavares (2007) reconhecem a existência de característica menos gerais, a capacidade de prestar atenção, saber escutar, a capacidade de compreender, de manifestar uma atitude de resposta adequada, de integrar as perspetivas dos supervisados, de buscar a clarificação de sentidos e a construção de uma linguagem comum, de comunicar verbalmente e não-verbalmente de comentar e interpretar, de cooperar e de interrogar.

Porém, supervisionar é um processo complexo, baseado na relação de proximidade, cooperando para o desenvolvimento do supervisado, para o aumento da qualidade e segurança da sua prática, num cenário propício ao seu progresso. No entanto, só se torna eficaz caso o supervisor apresente conhecimentos íntegros sobre as diversas estratégias supervisivas, e que as implemente no contexto mais adequado.

Alarcão e Tavares (2007, p.100), definem estratégia como um “ (...) *plano de acção pelo qual se escolhe, organiza e gere as actividades, com vista a atingir um objectivo*”.

Neste âmbito, Garrido, Simões e Pires (2008); Alarcão e Tavares (2007) destacam algumas estratégias supervisivas, tais como: diálogo reflexivo; a análise documental; portfólios reflexivos; a demonstração; a observação, que implica uma atitude objetiva e rigorosa, proporcionando a recolha de informação e a sua organização de modo a

possibilitar a sua análise posterior; a simulação de situações reais em sessões supervisivas; a análise de casos, isto é, divulgação de uma situação concreta devidamente contextualizada, esta estratégia tem como função proporcionar um raciocínio e uma reflexão sobre a situação concreta, auxiliando o supervisionado na fundamentação para a execução, a partilha, a discussão e a aprendizagem reflexiva através da análise detalhada de situações.

Podemos ainda referir, a formulação de questões reflexivas; debates e discussões, usados com o intuito de clarificar, interpretar, confrontar, reconstruir, estimulando o supervisor/supervisionado a questionar e a questionar-se sobre tudo que seja suscetível de ser compreendido, a auto supervisão, (estratégia que fomenta a introspeção metacognitiva, da autoanálise e da autorreflexão, onde o indivíduo adquire conhecimento de si próprio e da sua atuação); e a avaliação construtiva que “ (...) estabelece um conjunto de actividades e acções que visam atribuir um juízo de valor ou determinar o nível atingido na consecução de um objectivo” (Fonseca,2006, p. 30).

As estratégias não devem ser mutuamente exclusivas, pois elas complementam-se, pelo que o supervisor tem o dever de averiguar cada estratégia, tendo por base: os objetivos, a individualidade de cada supervisionado e o contexto temporal e físico em que se desenrola a situação. É primordial neste contexto, que os supervisores desenvolvam a capacidade de se questionarem continuamente sobre qual ou quais as melhores estratégias a adotar face á singularidade da situação em questão, pois, só assim estarão a contribuir para o desenvolvimento do supervisionado (Garrido; Simões e Pires,2008).

2.3.2. Relação Supervisiva

A atmosfera afetivo-relacional e sociocultural, segundo vários autores interfere e condiciona a eficácia do processo supervisivo. Pelo que é necessário desenvolver e criar condições para um clima favorável onde o supervisor e o supervisionado se colocam numa postura semelhante à de colegas, e que partilhem os seus conhecimentos, recursos, potencialidades, criatividade, afetividade e estratégias de forma alcançar a aprendizagem, o

desenvolvimento da prática e a promoção da qualidade e segurança dos cuidados (Alarcão & Tavares, 2007; Bond & Holland, 1998; Campos, 2010; Kilminster & Jolly, 2000; Sloan, 2005). Esta relação deve estar fundamentada por um processo de ajuda formalmente estruturado, que promova aos profissionais o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, conhecimentos e valores durante todo o processo.

A relação supervisiva é entendida como sendo

“complexa e multifacetada (...) buscando o desenvolvimento interpessoal, psicossocial, educacional e profissional. [Onde existe] troca e reciprocidade, que se afirma através do desenvolvimento pessoal e na qual o ganho não é apenas unilateral” (Botti & Rego, 2008, p.368).

Segundo os mesmos autores, a relação supervisiva germina da interação entre uma pessoa mais madura, experiente, tanto a nível pessoal como a nível profissional, que aconselha, ensina e treina os colegas mais novos de forma a impulsionar e a estimular o seu desenvolvimento nos diversos contextos. A capacidade de formar relações de apoio, de ter conhecimentos, ter competências clínicas, bem como capacidade de escutar, são características fundamentais para o estabelecimento de uma eficiente relação supervisiva (Sloan, 2005).

Holloway (1995) explica que o processo de SCE é baseado no relacionamento profissional entre um enfermeiro que exerce práticas clínicas e um ESC. Este relacionamento envolve o supervisor que transmite o seu conhecimento, experiência e valores aos colegas, para um desenvolvimento da prática e simultaneamente de apoio ao profissional de enfermagem, atendendo às suas necessidades emocionais. Este relacionamento permite aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões de qualidade e segurança, além de promover a inovação na prática clínica, através da reflexão sobre o trabalho do supervisionado.

Proctor, por sua vez (cit. por Abreu, 2007) refere que a relação supervisiva baseia-se numa relação de trabalho entre o supervisor e o supervisionado, na qual este último é incentivado a refletir sobre si mesmo e sobre o trabalho que executa, através do *feedback* e da orientação provida pelo supervisor.

O ESC tem como missão ajudar o supervisionado a analisar e a repensar nas suas ações, atitudes ou comportamentos, fornecendo *feedback* de forma contínua, assertiva, e positiva, contribuindo para o seu desenvolvimento enquanto enfermeiro. A reflexão torna-

se assim, fundamental no processo supervisivo porque permite o crescimento profissional dos enfermeiros através da discussão dos cuidados e do *feedback* da prática (Brunero & Stein- Parbury, 2008; OE, 2010).

Uma relação saudável implica uma confiança mútua entre o ESC e o enfermeiro supervisionado. Para que esta se desenvolva num ambiente dinâmico e produtivo, o ESC deve incentivar o supervisionado a tornar-se um elemento ativo e comprometido com o seu processo de aprendizagem (Santiago & Cunha, 2011).

Porém, quando estabelecida a relação supervisiva, esta pode desencadear um grau de ansiedade inato tanto no ESC como no ES. Neste contexto, a ansiedade no ES surge associada à necessidade de aprovação, crendo que a única forma de o atingir é ser 100% competente, por outro lado existe ES capazes de a reconhecer, tendo a capacidade e a habilidade de trabalhar sobre ela, no sentido de a diminuir ou mesmo eliminar (Bond & Holland, 1998; Sloan, 2005).

Por sua vez, o ESC sente ansiedade como consequência da pressão exercida pelas expectativas do próprio processo supervisivo, sentindo-se responsável pela melhoria do bem-estar emocional do ES, reduzindo o seu nível de stresse e *burnout*, aumentando por sua vez a sua satisfação laboral (Sloan, 2005).

Deste modo, conclui-se que o ESC é um elemento de destaque na relação supervisiva, sendo fundamental o seu envolvimento e o seu perfil. No entanto, esta relação complexa não é apenas determinada e/ou alterada pelas características ou grau de determinação do ESC, mas também pelo ES, que analogamente tem responsabilidades no desenvolvimento da relação supervisiva.

Na relação supervisiva, torna-se fulcral ter atenção para o ES, pois

“To understand the needs of supervisees it is important that the supervisors have knowledge of the characteristics of supervisees. Each supervisee is unique, but it is helpful for supervisors to know general characteristics of supervisees as a group” (Munson, 2003, p. 30).

A relação supervisiva deverá ser adequada às particularidades dos supervisionados, como indivíduos que se encontram em distintas etapas da vida, a nível pessoal e a nível profissional, necessitando de apoio em diferentes âmbitos.

A relação supervisiva, caracteriza-se então por um processo onde o supervisor, pessoa adulta em presença de um outro adulto, supervisionado e tem como função facilitar o desenvolvimento e aprendizagem do outro. Deve considerar as suas experiências passadas, os seus sentimentos, as suas percepções e as suas capacidades de autorreflexão, não facultando indicações de como fazer mas sim criar junto do supervisionado, com o supervisionado e no supervisionado um espírito de investigação-ação, num ambiente emocional positivo, humano e facilitador do desenvolvimento pessoal e profissional de ambos (Sá Chaves, 2002).

Assim sendo, a SCE deve ser um processo definido e orientado, tendo em conta as diretrizes da profissão, e a singularidade de cada um dos envolvidos. O desenvolvimento de competências profissionais e pessoais, em SC, faz-se na ação e na reflexão sobre a ação, ajudando na tomada de decisão face aos dilemas da prática assegurado através da relação entre o supervisor e supervisionado, onde ambos contribuem para um processo supervisivo eficaz, sendo isto possível num contexto ambiental que para além das condições estruturais e humanas de trabalho, subentenda uma interação entre os atores numa relação assente na confiança, no respeito, no empenhamento, no entusiasmo, na amizade cordial, empatia e solidariedade de colegas que, não obstante a diferença de funções, procuram atingir os mesmos objetivos, ou seja uma relação de ajuda, de apoio e facilitadora do processo de aprendizagem e desenvolvimento e melhoria contínua da qualidade (Alarcão & Tavares, 2003; OE, 2010).

2.3.3. Instituição de Saúde

Para alcançar o objetivo da SC, é necessário empenho pessoal e organizacional para que o mesmo possa ser atingido. É necessário compromisso por parte do supervisor, do supervisionado e também da instituição envolvida, proporcionando uma estrutura, um espaço e um tempo específico para o processo supervisivo (Proctor, 1986).

Apesar das referidas características da SCE, existem barreiras organizacionais que dificultam a sua implementação, nomeadamente os conflitos profissionais e políticos, a

falta de compreensão e os constrangimentos de tempo e de recursos (Koivu, Hyrkas e Saarinen, 2011).

Os hospitais são geridos, essencialmente, através de administrações hierárquicas verticais, com pequeno espaço de manobra para a descentralização de tarefas e responsabilidades administrativas nos enfermeiros, não sendo de esperar que aconteçam mudanças significativas num cenário de introdução da SCE. Os constrangimentos financeiros e a limitação dos recursos humanos assumem-se como um obstáculo para a implementação do SC (Munson, 2002).

Gifford *et al* (2002), referem que a contenção de custos força muitas vezes as organizações a reduzir o trabalho e a rever as suas expectativas de aumento de produtividade, recorrendo a medidas de eficiência. Porém, segundo os mesmos autores, as estratégias podem economizar os custos de mão-de-obra no entanto, a médio prazo revelam-se contraproducentes para as organizações. Os efeitos da desvinculação de um enfermeiro repercutem-se nos restantes, fomentando um aumento da carga de trabalho e a perda de profissionais experientes. Tal situação, como referem Robertson e Dowd (1996), citados por Gifford *et al* (2002), pode diminuir a satisfação no trabalho e aumentar o *burnout*, como também diminuir a qualidade dos cuidados prestados devido a cargas de trabalho elevadas e a diminuição de profissionais com experiência. Consequentemente, existe um maior número de reclamações, são cometidos mais erros, e um efeito negativo num doente, pode tornar-se mais caro, direta e indiretamente do que a implementação de SCE, que visa a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados bem como a diminuição de stresse e *burnout*, proporcionando uma maior satisfação laboral (Hartz, 1989).

Hyrkas *et al* (2001), por sua vez referem que as organizações de saúde deveriam incluir a SCE, uma vez que se verifica uma melhoria na racionalização dos custos e nos cuidados aos doentes, proporcionando um aumento nos conhecimentos dos enfermeiros com melhoria dos cuidados prestados, como também um aumento da satisfação dos clientes e redução do número de reclamações quanto aos cuidados prestados. Bradshaw *et al* (2007), identificaram a redução do stresse associado à redução dos dias de internamento, provavelmente devido a uma melhor qualidade, segurança e eficiência dos cuidados prestados.

Porém, é incontornável pensar na necessidade de afetar inicialmente uma percentagem de recursos humanos à supervisão clínica para desempenho de funções de supervisão. Outro dos argumentos utilizados é o custo envolvido no processo supervisoivo, e

muitas vezes os profissionais envolvidos não têm consciência, com atrasos, falta de planeamento, sessões canceladas, bem como intervenções pouco pertinentes (Munson,2002).

Este argumento é utilizado muitas vezes pelas organizações, no entanto estudos recentes concluíram que os custos conseguidos através da eliminação da SCE são mínimos quando comparados com os benefícios e a produtividade conseguida através da implementação da mesma (Munson,2002).

A SCE é um processo com resultados a médio e longo prazo e atendendo à elevada mobilidade dos recursos humanos na saúde, as administrações dos hospitais estarão mais predispostas a continuar a investir na formação técnica com resultados imediatos na eficiência profissional, do que incentivar e aumentar o desenvolvimento profissional consistente e prolongado.

PARTE II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. METODOLOGIA

Neste capítulo, serão apresentados os métodos utilizados na obtenção das respostas para o problema em questão. Esta é a fase de maior importância, pois é a metodologia que assegura a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação (Fortin, 2009).

De acordo com Sousa (1998, p.27), método significa:

“O processo racional para chegar a um determinado fim”, referindo ainda que o método consiste numa maneira ordenada para realizar uma determinada tarefa. Assim sendo a metodologia será a *“parte da lógica que estuda os métodos das diversas ciências, segundo as leis do raciocínio”* ou ainda *“a arte de dirigir o espírito na investigação”*.

Marconi & Lakatos (1985, p.66), descrevem a metodologia como sendo *“uma arma de busca, caçada de problemas e destruição de erros, mostrando-nos como podemos detectar e eliminar o erro, criticando as teorias e opiniões alheias e, ao mesmo tempo as nossas próprias”*.

Segundo Fortin (2009), é no decorrer da fase metodológica que o investigador determina os métodos que irá utilizar para conseguir conquistar respostas às hipóteses que formulou. Além disso, o investigador deve definir a sua população e escolher os instrumentos mais apropriados para a realização da colheita de dados.

A metodologia emerge de um *“conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. É assim: “uma secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação”* (Fortin, 1999, p.372).

Deste modo, iniciaremos por mencionar a pertinência do estudo, as questões orientadoras, finalidade e objetivos, seguindo-se o tipo de estudo, os participantes, a técnica de recolha e tratamento dos dados, rematando com a apresentação e discussão dos resultados obtidos.

1.1. Pertinência do Estudo

Fortin (2009, p.49), refere que: *“a etapa inicial do processo de investigação consiste em encontrar um domínio de investigação que interesse ou preocupe o investigador”*.

De acordo com Bell (1997), a seleção de um tema pertinente para investigação, é mais difícil que aquilo que parece. Para facilitar esta etapa, este autor sugere que devem ser levadas a cabo discussões e variadas pesquisas para a seleção de um tema que tenha um especial interesse, e que mereça um verdadeiro esforço. Para além disso, é igualmente valorizado que os conhecimentos que procuramos alcançar sejam importantes e pertinentes para uma posterior aplicação prática.

A investigação em SCE tem-se focado essencialmente na relação supervisiva, no processo de implementação, e no seu impacto sobre atividade laboral dos enfermeiros, descurando o doente e a qualidade e segurança dos cuidados. A pesquisa de diferentes níveis, perspetivas e realidades torna-se uma realidade fundamental (Hyrkäs & Lehti, 2003; Hyrkäs & Paunonen- Ilmonen, 2001).

Com o avanço da área da saúde, a SC torna-se relevante para os processos de qualidade tendo em consideração os ganhos que proporciona a nível de assistência dos cuidados (Abreu,2007).

São vários os esforços no sentido de incrementar a SCE nos serviços de saúde, no entanto, é ainda necessário mais investigação para que a SCE seja efetivamente reconhecida como promotora da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados (Pires, 2004).

A presente investigação foca-se na importância da implementação de um modelo de SCE no contexto da promoção da qualidade e segurança dos cuidados. Procura, a partir das perspetivas e representações dos ESC do CHMA envolvidos no processo, perceber e analisar as dificuldades sentidas, as expectativas criadas, os fatores que limitaram e facilitaram o processo supervisivo e as modalidades vivenciadas, de forma a contribuir para o aperfeiçoamento do modelo implementado, para melhorar a implementação de futuros

modelos de SC, como também evidenciar a relação entre a SCE e a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

1.2. Questões Orientadoras

Para Fortin (2009, p.70), a formulação do problema de investigação *“consiste em elaborar uma questão de investigação através de uma progressão lógica de argumentos e de factos relativos à situação problemática”*, apresentando um domínio, explicando a sua importância, condensando os dados factuais e as teorias existentes desse domínio, justificando assim a escolha do estudo. A sua delimitação torna-se fundamental pois centraliza a investigação numa área concreta, organizando e direccionando o estudo.

De acordo com Quivy & Campenout (2008), a melhor forma para iniciar um trabalho de investigação será enunciar o projeto sob a forma de uma pergunta de partida que exprima o mais possível aquilo que o investigador procura saber, elucidar, compreender e melhorar.

Fortin (2009), refere que uma questão de investigação consta de um enunciado interrogativo que deve ser claro, onde os conceitos chave e a população abrangente devem estar especificados.

A partir daqui, e atendendo às qualidades de elaboração de uma pergunta com clareza, exequibilidade e pertinência, surgiu a nossa questão de investigação: **“Qual a perspetiva dos enfermeiros supervisores durante a implementação de um modelo de supervisão clínica?”**

Segundo Fortin (2009), as questões de investigação são premissas, sobre as quais se apoiam os resultados da investigação que decorrem diretamente do objetivo. Estas, especificam e clarificam os aspetos a estudar, pelo que, ajudam na determinação dos métodos empíricos que irão ser utilizados para obter uma resposta mais adequada.

Dada a amplitude do problema referido, consideramos pertinente formular o seguinte conjunto de questões no sentido de objetivar a orientação do estudo:

- Quais os fatores motivacionais a que o ESC foi submetido no decorrer da implementação do MSCEC no CHMA?
- Quais os fatores de carácter formativo a que o ESC foi submetido no decorrer da implementação do MSCEC no CHMA?
- Qual a influência dos fatores de carácter formativo na implementação do MSCEC no CHMA?
- Quais os fatores que o ESC considerou como limitadores para a implementação do MSCEC no CHMA?
- Quais os fatores que o ESC considerou como facilitadores para a implementação do MSCEC no CHMA?
- Quais as vantagens que o ESC apreendeu com a implementação do MSCEC no CHMA?
- Quais as desvantagens que o ESC apreendeu com a implementação do MSCEC no CHMA?

1.3. Finalidade e Objetivos

O objetivo de um estudo, é um enunciado declarativo que orienta a investigação, que enuncia de forma precisa o que o investigador tenciona fazer para obter respostas às suas questões de investigação (Fortin, 2009).

A definição dos objetivos tem como finalidade auxiliar o investigador a encontrar pistas e ideias de reflexão esclarecedoras e orientadores para o objeto em estudo (Quivy & Campenhoudt, 2008).

De acordo com o problema e as questões de investigação apresentados, este estudo tem como finalidade analisar a implementação e as consequências do modelo de SCE implementado no CHMA através da perspetivas do ESC, contribuir para a definição de

estratégias facilitadoras da implementação e adesão ao modelo de SCE através da análise do processo em curso.

Pelo que, definimos os seguintes objetivos:

- Identificar os fatores motivacionais dos ESC no decorrer da implementação do MSCEC no CHMA;
- Compreender as características do ESC;
- Identificar a necessidade de carácter formativo dos ESC no decorrer da implementação do MSCEC no CHMA;
- Esclarecer a importância dos vários tipos de SC utilizados;
- Analisar os fatores limitadores mencionados pelos ESC, na implementação do MSCEC no CHMA;
- Analisar os fatores facilitadores mencionados pelos ESC, na implementação do MSCEC no CHMA;
- Compreender as vantagens da implementação do MSCEC no CHMA, na perspetiva dos ESC;
- Compreender as desvantagens da implementação do MSCEC no CHMA, na perspetiva dos ESC.

1.4. Contexto do estudo

A implementação de um sistema de saúde de qualidade tem sido um dos elementos estratégicos da política de saúde definida para Portugal. A SC tornou-se num meio ao alcance das instituições para uniformizar a prestação de cuidados. Surge agora incluída nos processos de acreditação e auditoria pelos quais os hospitais passam atualmente (Abreu, 2002).

Neste contexto, o Centro Hospitalar de Médio Ave (CHMA) criado em 2007 pelo Decreto-Lei nº 50- A/2007, resultante da fusão das unidades de saúde, Hospital Conde de

São Bento localizado em Santo Tirso e o Hospital S. João de Deus localizado em Vila Nova de Famalicão (CHMA, s.d.a.), tem como missão:

“prestar cuidados de saúde diferenciados, com qualidade e eficiência, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade, apostando na motivação e satisfação dos seus profissionais, com um nível de qualidade, efectividade e eficiência elevadas. Na prossecução da sua missão, o CHMA tem a finalidade da promoção da saúde, da prevenção da doença, do ensino e da investigação e desenvolvimento científico em todas as áreas das ciências da saúde” (CHMA, s.d.b, p. 2).

O CHMA tem como fundamento uma política de qualidade, obrigando-se a estabelecer medidas de melhoria para atingir níveis de serviço e indicadores de qualidade crescentes (CHMA, s.d.b).

Em parceria com o CHMA, o projeto *“Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados – C-S2AFECARE-Q”* visa implementar um modelo de SCE sustentando nas necessidades dos enfermeiros e no sentido de responder às exigências do seu exercício profissional.

Neste projeto foram incluídos serviços de ambas as Unidades de Saúde integrantes do CHMA, nomeadamente, o Serviço de Medicina da Unidade de Santo Tirso e o Serviço de Obstetrícia/Bloco de Partos da Unidade de Vila Nova de Famalicão.

A primeira fase do projeto consistiu, entre outros aspetos, em identificar as necessidades em SC dos enfermeiros dos serviços envolvidos com vista à promoção da segurança e qualidades dos cuidados.

Na segunda fase do projeto foi implementado o modelo de SCE, onde foi fornecida formação em SC aos ESC e aos ES, com o objetivo de dotar os enfermeiros de conhecimentos nas áreas onde este projeto se insere.

Uma vez que esta instituição foi previamente parceira num estudo de investigação cujo objetivo era desenhar e testar um modelo de SCE, entendeu-se que deveriam ser respeitados alguns pressupostos estipulados no âmbito deste projeto, uma vez que o ESC é o elemento fulcral deste estudo nomeadamente:

- O ESC deve ser um elemento integrante do serviço e da equipa de prestação de cuidados;
- O ratio ESC/ES deve ser 1/10;

- Devem existir sessões formais de supervisão clínica de acordo com o planeamento efetuado;
- O impacto do processo de supervisão (objetivos/atividades) será alvo de avaliação;
- Estabelecimento de um contrato de supervisão com ESC e ES.

Foi acordado que deveriam existir diferentes formas de supervisão de modo a que se possam triangular dados e rentabilizar as potencialidades da SC, nomeadamente:

- Supervisão direta-supervisor/supervisado, através de sessões formais de supervisão clínica (supervisor/supervisados) que decorrerão de 2/2 meses com duração de 1h30 min; através da observação *in loco*/acompanhamento do exercício profissional do ES e após cada observação *in loco* deverá haver uma pequena reunião de 30 minutos e ser feito o registo dessa atividade.
- Supervisão indireta- reuniões de ESC com o objetivo de fomentar a troca de informação entre si, planear ações que visem colmatar as necessidades detetadas e acompanhar/monitorizar evolução dos ESC.
- Supervisão *online*- criação e utilização de um e – mail para registo de informação/situações pertinentes que algum enfermeiro do CHMA queira partilhar com os elementos do CHMA e que são investigadores do projeto supracitado.

1.5. Tipo de Estudo

Decorrente da problemática e das questões enunciadas como orientadoras, a metodologia adotada incidiu num estudo qualitativo assente num paradigma naturalista, de carácter exploratório e descritivo.

Segundo Fortin (2009), a filosofia naturalista realiza-se em meios naturais e conduz a uma compreensão da situação visando a descoberta, a descrição, a explicação e a indução. É orientada para o processo e não para o resultado, pelo que tenta compreender, e não dominar. Assim sendo, a pesquisa qualitativa preocupa-se com a “*compreensão*

absoluta e ampla do fenómeno em estudo” (Fortin, 2009, p. 31) O investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam naturalmente, sem procurar controlá-los.

A pesquisa qualitativa assume-se como uma metodologia passível de redireccionamento ao longo da investigação, admitindo alterações e reajustes durante todo o processo. Assume um rigor na validade dos dados adquiridos, já que a observação dos sujeitos, é acurada, e a entrevista, aprofundada e tendem a levar o investigador à essência da questão em estudo. A generalização dos resultados obtidos não é objetivo deste método pois não pauta pela quantificação do número de ocorrências, mas sim pelo estabelecimento da relação causa-efeito, passível de pressupostos iniciais em que o investigador pode construir conceitos e conhecimentos novos (Turato, 2005).

Por sua vez, a utilização do desenho do tipo descritivo visa descobrir novos conhecimentos, descrever e caracterizar fenómenos existentes, determinar a frequência de ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação. Este tipo de estudo é utilizado quando existe pouco ou nenhum conhecimento sobre um determinado assunto, uma vez, que o seu objetivo é discriminar os fatores ou conceitos que possam estar associados ao fenómeno em estudo (Fortin, 2009).

1.6. Participantes

A presente investigação como mencionado anteriormente, encontra-se na sequência do desenvolvimento e implementação do projeto *“Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados – C-S2AFECARE-Q”* a decorrer no CHMA em parceria com a ESEP. O projeto encontra-se a decorrer no Serviço de Medicina da Unidade de Santo Tirso e no Serviço de Obstetrícia/Bloco de Partos da Unidade de Famalicão.

“A definição da população permite delimitar com precisão o tema de estudo e assim obter dados junto de pessoas ou grupos homogéneos” (Fortin, 2009, p. 70).

Segundo Hill & Hill (2005,p.41), a população, também denominada como universo, corresponde a um *“conjunto de valores de uma variável sobre a qual pretendemos tirar conclusões”*.

Quivy & Campenhoudt (2008,p.159) acrescenta, que *“à totalidade destes elementos, ou das unidades constitutivas do conjunto considerado chama-se “população”, podendo este termo designar tanto um conjunto de pessoas, como de organizações ou de objectos de qualquer natureza”*.

Neste estudo, o universo é constituído pelos ESC do CHMA que participaram no projeto *“Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados – C-S2AFECARE-Q”*.

Neste tipo de estudo é importante que as pessoas seleccionadas sejam capazes de testemunhar sobre a sua experiência ou de descrever o que pretende o investigador, o que pressupõe uma motivação para participar e uma capacidade de se exprimir.

Segundo Fortin (2009), uma amostra de grande tamanho é de evitar na investigação qualitativa, porque gera um aglomerado de dados difícil de analisar, pelo que deve ser incluído tantos sujeitos quantos os necessários para atingir a *“saturação”* dos dados. O momento da colheita de dados na qual o investigador não assimila nada de novo dos seus participantes ou das situações observadas. Assim sendo, o número de participantes varia entre 6 a 10, porém este número pode variar se o fenómeno em estudo for de maior complexidade ou se ambiciona a construção de uma teoria.

Segundo Fortin (2009,p.299) *“ a investigação qualitativa recorre a uma amostra não probabilística, isto é, uma amostra não aleatória, respondendo a características precisas”*.

A população alvo, corresponde a todos os elementos definidos em função de critérios precisos com vista a serem incluídos no estudo. Assim sendo, define-se como único critério de inclusão desta investigação os 7 Enfermeiros Supervisores que participaram na implementação do projeto *“Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados – C-S2AFECARE-Q”*.

1.7. Técnica de Recolha de Dados

A colheita de dados é um *“um processo de observações, de medida e de consignação de dados, visando recolher informações sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação”* (Fortin, 2009,p.571).

A natureza do problema de investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar. A escolha do método faz-se em função das variáveis e da sua operacionalização. Para isso, o investigador, deve conhecer os diversos instrumentos de medida disponíveis, assim como as vantagens, os inconvenientes de cada um e ter em conta o nível da questão de investigação, o objetivo do estudo e as hipóteses formuladas (Fortin, 2009).

As técnicas usadas em estudos qualitativos são menos estruturadas do que as dos estudos quantitativos e incluem, maioritariamente, a realização de entrevistas em profundidade, a observação participante, as descrições narrativas e o *focus group* (Driessnack *et al.* 2007).

A entrevista, é o método mais utilizado para a recolha de dados nas investigações de teor qualitativo. Consiste num tipo de inquérito, ou seja, um processo de recolha sistematizado, no terreno, de dados suscetíveis de comparação. Define-se pela comunicação a interação entre duas ou mais pessoas, da qual deriva uma verdadeira troca de informação: o entrevistado exprime as suas perceções sobre um dado acontecimento ou situação, as suas reações ou interpretações, enquanto o investigador facilita essa expressão, evita que ela se afaste dos seus objetivos e promove o máximo de autenticidade e profundidade dos dados (Estrela, 1994; Ghiglione & Matalon, 1992; Quivy & Campenhoudt, 2008).

Enquanto interação direta ou presencial, a entrevista acarreta uma gestão adequada. Em primeiro lugar, o entrevistador tem o dever de estar concentrado na forma como formula as questões procurando não induzir as respostas com formas enfáticas ou modos de excluir respostas possíveis. Em segundo lugar, é importante considerar as diferenças que existem entre entrevistador e entrevistado, nomeadamente o género,

idade, diferenças socioculturais, pois estas podem desencadear obstáculos à comunicação e condicionar a qualidade e pertinência dos resultados. É importante ainda salientar, a comunicação verbal do entrevistador pois deve ser congruente com a comunicação não-verbal, uma vez que a entoação apresentada pelo entrevistador na formulação das perguntas pode ser realçada ou neutralizada pela sua postura e pelos seus gestos (Carmo & Ferreira, 1998).

O método de entrevista possui três funções fundamentais, ou seja, procura examinar conceitos, compreender o fenómeno em estudo e pode ser utilizada como principal método de colheita de dados ou mesmo como método complementar de outros instrumentos de medida.

Segundo Barros & Lehfeld (2000), o sucesso da entrevista depende de vários fatores dos quais:

- Preparação anterior do entrevistador;
- Condução da entrevista, esta deve pertencer ao entrevistador;
- Relacionamento entre o entrevistado e o entrevistador, o qual deve ser cordial e amistoso, porém profissional;
- Organização sequencial dos blocos temáticos da entrevista, sempre que possível privilegiar perguntas simples e diretas;
- Local da realização da entrevista, deve ser um local adequado, garantindo a privacidade e atmosfera ideal para se obter a confiança do entrevistado;
- Registo da entrevista, pelo que, uma vez realizada a entrevista, o investigador deve transcrever e analisar a informação;
- Atenção do entrevistador, nomeadamente no que diz respeito aos itens que o entrevistado deseja esclarecer, sem manifestar opiniões;
- Condições criadas para o desenvolvimento da pesquisa devendo evitar-se desencontros e perdas de tempo.

Existem dois grandes estilos de entrevistas, as estruturadas e as não estruturadas. Na entrevista estruturada o entrevistador controla o desenrolar da mesma, assemelhando-se a um questionário, dado que as respostas possíveis são detalhadamente escolhidas pelo investigador. Por outro lado, na entrevista não estruturada, são colocadas questões abertas, que permitem ressaltar entre os pontos de vista dos participantes e ter uma ideia

mais precisa do que constitui a entrevista. Os participantes são convidados a colocar questões e a exprimir espontaneamente o seu pensamento. Pode ainda surgir um meio-termo, a entrevista semi-estruturada que combina determinados aspetos da entrevista estruturada e da não estruturada e é atualmente a mais utilizada em investigação (Fortin, 2009).

Face às questões definidas, à finalidade e objetivos apresentados, o instrumento de recolha de dados que utilizamos foi a entrevista, e dentro desta a entrevista semiestruturada. Guiamos a entrevista por um conjunto de perguntas, relativamente abertas, a partir das quais tencionamos obter, a informação indispensável à investigação por parte do entrevistado. As questões que constam do guião não foram colocadas obrigatoriamente pela ordem em que estão anotadas, nem sob a enunciação prevista.

A entrevista semiestruturada *“intervém a meio caminho entre um conhecimento completo e anterior da situação por parte do investigador (...) e uma ausência de conhecimento”* (Ghiglione & Matalon, 1992, p. 88).

Depreende-se que o entrevistado falou abertamente, utilizando as expressões que desejou, segundo uma ordenação que lhe veio. Ao investigador coube reencaminhar a entrevista sempre que esta se afastava dos objetivos pretendidos, ou solicitar a resposta a questões às quais o entrevistado não respondeu de forma natural, no momento mais apropriado.

Segundo os objetivos e questões orientadoras, o guião da entrevista contemplou os seguintes blocos temáticos (Anexo I):

- Legitimação e motivação da entrevista
- Caracterização dos entrevistados
- Representações sobre o desenvolvimento da implementação do MSCEC
- Estratégias de SC adotadas pelo ESC
- Fatores facilitadores/limitadores à implementação do MSCEC
- Vantagens/desvantagens da implementação do MSCEC
- Finalização da entrevista

Para o agendamento das entrevistas, foram contactados todos os elementos da população e consoante a sua disponibilidade, foram agendadas e acordadas com o

investigador, data, hora e local da entrevista. As entrevistas realizaram-se no início da implementação do projeto, na Unidade de Santo Tirso, no Serviço de Medicina, no gabinete disponibilizado nos dias 3,5,19 e 21 de junho de 2013, e na Unidade de Vila Nova de Famalicão, no Serviço de Obstetrícia/Bloco de Partos, no dia 31 de maio de 2013, num espaço reservado ao exercício profissional dos enfermeiros.

Previamente à realização da entrevista, foi assinado o consentimento informado, concedido de forma livre e esclarecida por todos os entrevistados. Neste momento, os enfermeiros foram questionados se mantinham o interesse em participar no estudo e se tinham alguma dúvida sobre o mesmo. Com a devida autorização dos entrevistados, as entrevistas foram alvo de gravação em áudio.

1.8. Tratamento de Dados

Na sequência da recolha de dados, surge uma nova fase onde os dados são analisados e organizados segundo a metodologia qualitativa. A nossa opção incidiu sobre a análise de conteúdo, cuja técnica permite tratar de forma metódica informações e testemunhos providos de um nível de profundidade e complexidade (Quivy & Campenhout, 2008).

Inicialmente Berelson, 1952 citado por Carmo & Ferreira, 1998, p. 251 declarou que

“ a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por objectivo a sua interpretação” .

Posteriormente Bardin (1977, p. 42) definiu a análise de conteúdo como

“ um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (...) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (...) desta mensagem.”

Assim sendo, a análise de conteúdo propõe a decomposição do discurso e a identificação de unidades de análise para a categorização dos fenómenos, o que permite a

reconstrução de significados através de uma compreensão mais esmiuçada da interpretação da realidade estudada (Silva, Gobbi & Simão, 2005).

As respostas obtidas durante a realização das entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas, sendo posteriormente formado o *corpus documental* da análise. Tendo como base os objetivos inicialmente propostos e o quadro teórico apresentado, este foi alvo de várias leituras atentas e ativas, de forma a possibilitar a enumeração de temas relevantes para o alcance dos objetivos propostos.

Segundo Oliveira (2010), durante a transcrição da entrevista é fundamental estar atento a aspetos como as sobreposições, ênfases, tom de voz, corte de palavras e pausas, pois as entrevistas não são meros reflexos de crenças ou de conhecimentos anteriores mas sim construções que dependem da identificação de categorias e de processos de explicação.

Posteriormente, o tratamento de dados progrediu com o processo de codificação, isto é, um:

“processo pelo qual, os dados brutos são transformados e agregados em unidades, por forma a permitir uma representação do seu conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características relevantes do conteúdo” (Bardin, 1977, p. 103).

Codificar é um processo através do qual os dados brutos são sistematicamente transformados em categorias e que permitem uma posterior discussão precisa das características relevantes do conteúdo. O processo de codificação, é geralmente um processo individual, pois compete a cada investigador assinalar as unidades de análise da forma que mais lhe agrade de modo a que possibilitem o seu agrupamento posterior em categorias ou subcategorias (Campos, 2004).

Neste estudo, o processo teve início com a procura de unidades de registo de natureza semântica, isto é, *“unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial”* (Bardin, 1977, p. 130).

Após a clarificação das unidades de registo, foram determinadas as unidades de contexto, uma vez que constituem *“unidades de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da*

unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo” (Bardin, 1977, p. 107).

Depois da codificação surge a categorização, *“uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e seguidamente por reagrupamento segundo o género, com os critérios previamente definidos” (Bardin, 1977, 117).*

O processo de categorização segundo Bardin (2009), atende a determinadas características nomeadamente:

- Exaustividade, de forma que todo o conteúdo classificado se inclua integralmente nas categorias consideradas;
- Exclusividade, pelo que os mesmos elementos pertencem a uma única categoria;
- Objetividade e fidelidade, de modo a que codificadores diferentes classifiquem os diversos elementos nas mesmas categorias;
- Pertinência, garantindo que as categorias estão relacionadas com os objetivos e o conteúdo que está a ser analisado;
- Produtividade, fornecendo novos resultados ou novas hipóteses.

O fato do processo de categorização ter decorrido, *a priori* e *a posteriori* à recolha dos dados, constitui uma mais-valia, na medida em que este processo se baseou em leituras sucessivas do *corpus documental*, nos objetivos e no quadro teórico de referência considerados inicialmente (Campos, 2004).

A análise de conteúdo das entrevistas possibilita a compreensão da realidade em estudo, bem como permite chegar à sua explicação, e é através da qualidade do texto produzido que é possível aferir se a pesquisa e os seus resultados são válidos.

Em suma, proceder à análise de conteúdo trata-se de reduzir descrições, opiniões, explicações, a um conjunto aceitável de unidades significativas, primando pela organização e explicação dos seus conteúdos (Campos, 2004).

Segundo Quivy & Campenhoudt (2008), a análise de conteúdo permite conciliar rigor metodológico e profundidade inventiva quando o material disponível é rico e intenso.

1.9. Considerações éticas

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. A própria escolha do tipo de investigação determina diretamente a natureza dos problemas que se podem constituir. No entanto, na perseguição da aquisição dos conhecimentos existe um limite que não deve ser ultrapassado, ou seja, o respeito pela pessoa e a proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano. É importante ter em conta cinco direitos fundamentais aplicados ao ser humano: o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade, e por fim, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo (Fortin, 2009).

Ao longo da realização do estudo de investigação, foram considerados os princípios éticos. Consequentemente foi dado conhecimento ao Conselho de Administração do CHMA da realização da colheita de dados que se insere na segunda fase do projeto “*Supervisão Clínica para a segurança e qualidade dos cuidados*”.

Foi fornecido no guião da entrevista uma declaração de consentimento informado (Anexo II), onde era dada a conhecer a natureza do estudo, os seus objetivos, os participantes e a metodologia utilizada para a recolha de dados. Este documento, referenciava ainda o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, bem como a ausência total de riscos associados à participação no estudo, cabendo assim ao entrevistado decidir de forma livre e esclarecida se aceitava participar ou não no estudo. No início da entrevista, o investigador também se encontrava disponível para clarificar questões e dúvidas que o entrevistado pudesse ter acerca do mesmo.

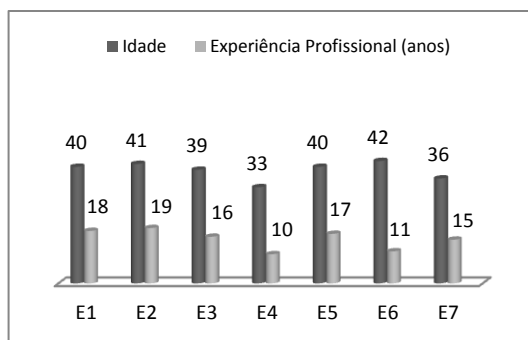
2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentam-se e analisam-se os dados relativos às perspetivas dos ESC durante a implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem. Ao que concerne aos participantes do estudo, fazemos uma análise descritiva uni variada das caraterísticas sociodemográficas e profissionais e, no seguimento da linha orientadora dos objetivos e das questões delimitadas para este estudo, expõe-se os relatos que lhe dão resposta.

2.1. Caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes

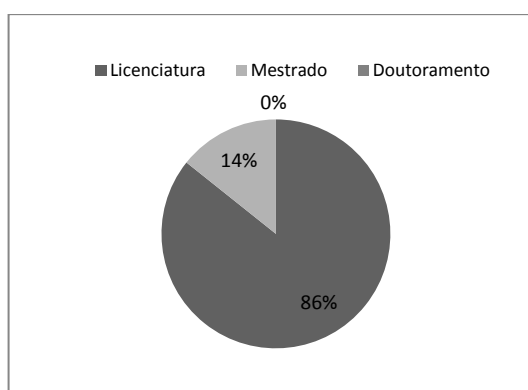
Para responder aos objetivos propostos deste estudo, optamos por entrevistar os sete ESC integrados no processo supervisivo a decorrer no CHMA. Todos os entrevistados eram do sexo feminino, portadores de contrato relação jurídica de emprego público e com o horário do tipo roulement. Segundo a figura 1, podemos concluir que a idade dos participantes está compreendida entre os 33 e os 42 anos, no que se refere à experiência profissional esta varia entre os 10 e os 19 anos de exercício profissional.

Figura 1: Idade e Experiência Profissional dos Participantes



No que concerne às habilitações académicas, 86 % (seis) dos participantes detinham o grau de licenciatura, 14 % (um) o grau académico de mestrado e, pelo que nenhum participante possuía o grau de doutoramento (figura 2).

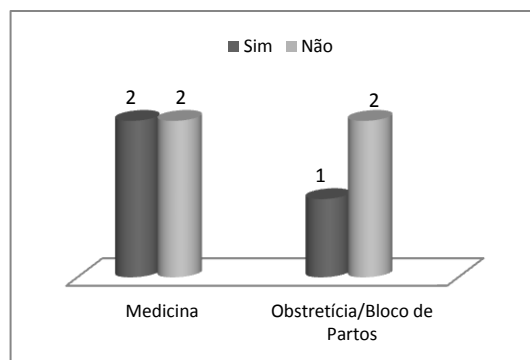
Figura 2: Habilitações Académicas dos Participantes



Relativamente à categoria profissional dos enfermeiros, é possível concluir que 43% (três) dos entrevistados são especialistas, 14% (um) é enfermeiro generalista e 43% (três) são enfermeiros graduados.

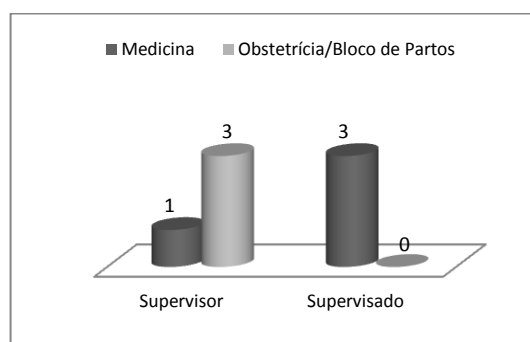
No conjunto dos participantes apenas três dos ESC possuíam formação pós-graduada em SCE, dos quais dois pertenciam ao serviço de Medicina e apenas um ao serviço de Obstetrícia/Bloco de Partos (figura 3).

Figura 3: Formação Pós-Graduada em SCE



Relativamente ao tipo de função exercida no projeto de SCE anteriormente desenvolvido no CHMA, no decurso da Tese de Doutoramento da Investigadora Sandra Cruz, concluímos que três dos ESC entrevistados no Serviço de Medicina exerceram funções como supervisados e apenas um como enfermeiro supervisor, por outro lado no Serviço de Obstetícia/ Bloco de Partos todos os ESC entrevistados (três) desenvolveram funções como supervisor no projeto anterior (figura 4).

Figura 4: Função exercida no Projeto de SCE Anterior



Com a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes apresentada segue-se a análise e a discussão da informação recolhida.

2.2. Perspetivas dos Enfermeiros Supervisores Clínicos

Através da análise minuciosa do discurso dos participantes, e tendo em consideração o quadro teórico, procedemos à análise do conteúdo das entrevistas.

O conteúdo das entrevistas foi organizado em categorias e posteriormente em subcategorias, nas quais as unidades de registo tinham um denominador comum. Deste modo, de forma a simplificar a interpretação da análise de conteúdo, foi construída a tabela 1 que apresenta as categorias e as respetivas subcategorias referentes as perspetivas dos ESC no que se refere à fase inicial do processo de implementação do processo supervensivo em estudo.

Da análise de conteúdo produzida surgiram nove categorias, nomeadamente; *‘motivação para participar no projeto’*, *‘caraterísticas do enfermeiro supervisor clínico’*; *‘necessidade de formação’*; *‘tipos de supervisão clínica’*; *‘fatores facilitadores da implementação do projeto’*; *‘fatores limitadores da implementação do projeto’*; *‘vantagens da implementação do projeto’*; *‘desvantagens da implementação do projeto’*; e por último *‘sugestões para a continuidade’*.

IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM:
PERSPETIVAS DOS SUPERVISORES

Tabela 1: Modelo de análise

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Motivação para participar no projeto	Reconhecimento pessoal
	Participação num projeto inovador
	Aplicação de conhecimentos teóricos na prática
	Resposta às necessidades do serviço
	Interesse pessoal e profissional em SC
Caraterísticas do Enfermeiro Supervisor Clínico	Pessoais
	Profissionais
Necessidade de formação	Momentos
	Conteúdos
	Estratégias
Tipos de supervisão clínica	Online
	Direta
	Indireta
Fatores facilitadores da implementação do projeto	Estrutura
	Competências
	Suporte
Fatores limitadores da implementação do projeto	Pessoais
	Organizacionais
	Estruturais
Vantagens da implementação do projeto	Enfermeiros
	Dinâmica do serviço
	Instituição
	Utente
Desvantagens da implementação do projeto	Enfermeiros
	Instituição
Sugestões para a continuidade	Organizacionais
	Estruturais

2.2.1. *Motivação para participar no projeto*

Após a análise temática do conteúdo das entrevistas, surgiu como primeira categoria: **“Motivação para participar no projeto”**.

Segundo Goleman (2005), a motivação consiste em utilizar as nossas preferências mais internas para alcançar os nossos objetivos, para nos auxiliar a tomar a iniciativa, a ser altamente eficientes e para perseverar essas preferências face à contrariedade e frustrações encontradas durante esse percurso. O prazer e a motivação pela supervisão por parte dos envolvidos, é uma condição obrigatória no processo superviso para que este demonstre os seus benefícios. Tal facto, repercute-se no bom desempenho, na satisfação profissional e pessoal do supervisor, supervisionado, na diminuição de stresse, *burnout* e consequentemente um aumento na qualidade dos cuidados prestados (Vieira, 1993).

Esta motivação é claramente visível no discurso de alguns entrevistados, destacando-se vários fatores motivacionais pelo que se definem as seguintes subcategorias:

- Reconhecimento pessoal
- Participação num projeto inovador
- Aplicação de conhecimentos teóricos na prática
- Resposta às necessidades do serviço
- Interesse pessoal e profissional em SC

A título de exemplo do **“Reconhecimento pessoal”**, verificamos que uma das principais motivações foi o convite realizado pelo enfermeiro chefe, uma vez que se sentiram reconhecidos pelas suas qualidades, competências, características pessoais e profissionais, pelos seus conhecimentos teóricos e práticos, como também pela confiança demonstrada, tal como se pode verificar nas unidades de registo que se seguem.

E1- “ (...) fui escolhida (...) pela chefe (...). ”

E2- “ (...) confiança no convite (...) confiança em nós (...). ”

E3- “ (...) fui convidada pela enfermeira chefe (...). ”; “ (...) se estou aqui é porque tive algum mérito (...). ”

E4- “ (...) tinha caraterísticas e estudos para poder desempenhar esse papel (...) ”; “ (...) na pessoa da enfermeira chefe (...) ”

E6- “ (...) foi a chefe do serviço (...). ”; “ (...) penso que se calhar pela relação que tenho com os colegas (...) ”.

E7- “ (...) foi a minha chefe do serviço (...). ”, “ (...) possuo algumas caraterísticas que são pedidas ao enfermeiro supervisor (...) ”.

O segundo fator motivacional passa pela “**Participação num projeto inovador**” na área da SCE. O uso da expressão “*Supervisão Clínica em Enfermagem*” no nosso país, foi marcada pelo movimento da profissão na década de 70, pelos estudos efetuados na área da qualidade dos cuidados de enfermagem e pelos processos de certificação da qualidade.

Recentemente, com acreditação dos serviços de enfermagem, a supervisão clínica surge no contexto da discussão acerca da qualidade das práticas e da reflexão em redor da formação clínica, como também na capacidade de estabelecer uma relação de interajuda (Abreu, 2007).

Apesar da introdução da supervisão clínica no contexto da saúde, a sua implementação ainda é uma realidade embrionária e inovadora. No entanto, a participação prévia dos entrevistados no estudo desenvolvido pela investigadora Sandra Cruz e a participação ativa no projeto mencionado neste estudo fez com que os entrevistados rapidamente se apercebessem dos vários benefícios que SCE pode acarretar para a enfermagem e para as pessoas envolvidas, pelo que a motivação foi surgindo e evidenciando-se ao longo da implementação do projeto.

E1- “ (...) achei interessante e inovador o projeto (...). ”; “ (...) só o termo supervisão era uma novidade (...). ”

Para além de um projeto inovador, alguns dos entrevistados sentiram-se motivados por dar continuidade ao projeto em SCE anteriormente desenvolvido no CHMA, uma vez que este comprovou que a SCE é uma mais-valia para a prática de enfermagem. No que diz respeito ao desenvolvimento da enfermagem como ciência baseada na evidência, ao aperfeiçoamento da prática, ao desenvolvimento profissional e pessoal do supervisor e supervisionado, bem como os ganhos que a SC traz para a instituição e para o utente.

E3- “ (...) iria continuar o trabalho que nós fizemos inicialmente com a enfermeira Sandra (...). ”; “ (...) é um trabalho que é continuação do outro (...). ”

E7- “ (...) *experiência que já tinha, de ter sido supervisora anteriormente (...).* ”

Outro fator, foi a “*Aplicação de conhecimentos teóricos na prática*”, mencionado apenas por um dos participantes. Esta motivação, interesse e pertinência surge após a realização de formação pós-graduada em SCE posterior ao estudo desenvolvido em contexto da tese de doutoramento da investigadora Sandra Cruz, o participante salienta que:

E3- “ (...) *desta vez vai ser engraçado, porque já trago outra fundamentação teórica (...) já vou conseguir (...).* ”

“**Resposta às necessidades do serviço**”, foi outra das motivações referenciadas pelos ESC, onde salientam que o serviço precisa de SC para que os enfermeiros sejam estimulados a desenvolver e a modificar comportamentos de forma a promover uma maior qualidade, segurança e uniformização dos cuidados prestados, para que sejam encontradas soluções para as dificuldades que decorrem do exercício profissional, no que diz respeito às condições materiais e relacionais:

E4- “ (...) *este serviço precisa muito de supervisão clínica (...).* ”

E6- “ (...) *melhoria do serviço (...) melhoria das condições do serviço a todos os níveis (...).* ”

E7- “ (...) *a supervisão é uma das formas de conseguirmos alguma mudança de comportamento no serviço (...).* ”

Segundo a literatura, a SC é um processo dinâmico, de acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda e monitorização, com o propósito de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, proteção e segurança dos utentes e aumento da satisfação profissional (Maia e Abreu, 2003 cit. por Abreu, 2007).

Supervisionar, será por isso um processo de interação consigo próprio e com os outros, devendo incluir processos de observação e de reflexão sobre a ação.

Para que a SC seja efetiva, é necessário que os profissionais integrados no processo superviso tenham atitudes reflexivas sobre o observado, implicando uma contínua avaliação das suas atividades de forma a corrigir e a melhorar a prática de enfermagem, contribuindo para o sucesso e qualidade dos cuidados como também para o crescimento profissional e pessoal de cada um. Torna-se assim um agente de mudança de si próprio, dos outros e do meio que o rodeia (Amaral *et al*, 1996).

Por outro lado, os ESC mostraram preocupação relativamente à inexperiência e dificuldades sentidas no exercício profissional por parte dos novos elementos da equipa, salientando que a SC ajudará a:

E7- “ (...) limar arestas (...) que é preciso mudar (...). ”

Segundo o Departamento de Saúde do Reino Unido (1993), a SC incute nos supervisados a responsabilidade das suas práticas para promover a qualidade e a segurança dos cuidados, especialmente em situações de alta complexidade. Segundo Abreu (2007), a SCE é a única forma de garantir que os recém-licenciados se integrem mais rapidamente e cumpram os requisitos que os serviços nacionais de saúde exigem, uma vez que a SC tem como base, a colaboração entre o supervisor e o supervisionado, para que este desenvolva competências e habilidades para o seu exercício profissional, e que articule a teoria com a prática clínica.

Como último fator motivacional, temos o **“Interesse pessoal e profissional em SC”** demonstrado pelos entrevistados. Este fator é claramente visível no discurso de alguns entrevistados, a título de exemplo:

E3- “ (...) a nível profissional é uma mais-valia (...). ”

E4- “ (...) a supervisão para mim é um tema apaixonante (...) é um assunto que me cativa (...). ”

E5- “ (...) uma questão que eu acho interessante (...) o bichinho foi formando (...). ”

E7- “ (...) a nível de currículo também acaba por ser benéfico (...). ”

Neste contexto Franco (2000), diz que a existência de uma motivação proporciona modificações no comportamento, dinamiza a pessoa, tornando-a ativa e por essa razão sustenta a atividade que persiste durante toda a duração da motivação. De acordo com vários autores a SC torna-se mais eficaz e duradoura quanto mais motivados estiverem os mediadores do processo supervisivo, nomeadamente o supervisor, supervisado e a instituição em causa.

Silva (2012,p.127), conclui no seu estudo que,

“a motivação de um enfermeiro poderá ter diferentes origens, desde o facto de se sentirem lisonjeados por terem sido os escolhidos para liderar (...)ou por sentirem, um interesse pessoal e especial em supervisão clínica (...) ou pelo entusiasmo (...) por um projeto inovador e que lhes pode trazer uma oportunidade de crescimento e valorização (...) pessoal como profissional”.

Os entrevistados apoiaram essa perspetiva, uma vez que mencionaram como fatores motivacionais o convite realizado pelo enfermeiro chefe, visto como reconhecimento pessoal e profissional dos ESC, a satisfação das necessidades do serviço, referindo a SCE como estratégia para encontrar as carências de formação da equipa, e colmatar as falhas encontradas, como também melhorar a integração de novos elementos no serviço, uniformizar os cuidados prestados, e fomentar a coesão entre os vários elementos da equipa.

Por outro lado, os ESC sentiram-se motivados por dar continuidade ao projeto anteriormente desenvolvido pela investigadora Sandra Cruz, uma vez, que viram este projeto como um momento oportuno para colocar em prática os conhecimentos adquiridos na formação pós-graduada em SC adquirida posteriormente.

2.2.2. Características do Enfermeiro Supervisor Clínico

Segundo a literatura, são várias as características pessoais e profissionais determinantes para um bom êxito do supervisor. Franco (2000) diz, que o supervisor deve

ter formação, motivação, conhecimento, competência, um bom relacionamento interpessoal, experiência profissional e disponibilidade. Por outro lado Garrido (2004), refere a capacidade de liderança, gestão de conflitos, competência profissional, dinamismo, a disponibilidade, capacidade de diálogo, saber ouvir, compreensão, simpatia, imparcialidade, sinceridade, relacionamento interpessoal, espírito de equipa e amizade.

Por conseguinte Garrido [et al] (2008), conclui que como caraterísticas pessoais, o supervisor deve ter empatia, autoestima positiva, facilidade no relacionamento interpessoal, saber ouvir, capacidade de observação e de análise e boa comunicação (*feedback*). Como caraterísticas profissionais aponta competência técnica, responsabilidade, liderança, planeamento e organização.

De forma a averiguar a opinião dos entrevistados no que diz respeito às caraterísticas que o enfermeiro supervisor deve ter, foi desenvolvida uma categoria dominada **“Caraterísticas do Enfermeiro Supervisor Clínico”**, onde algumas das caraterísticas faladas anteriormente foram visivelmente mencionadas pelos participantes. Esta categoria encontra-se então dividida em duas subcategorias:

- Pessoais
- Profissionais

Como caraterísticas **“Pessoais”**, os participantes referiram que o supervisor devia ser:

E1- “ (...) humilde (...). ”

E7- “ (...) disponível (...). ”

Sloan (1998), apontou que um bom supervisor deveria ter competências interpessoais e comunicacionais, onde fez referência à capacidade de comunicar, de escutar e à forma de transmitir os conhecimentos. Estas competências foram também evidenciadas no discurso de todos os entrevistados.

E1- “ (...) ajudar (...) orientar. ”

- E2- “ (...) comunicação (...). ”
- E3- “ (...) aceitar a crítica (...) de partilha. ”
- E4- “ (...) bom comunicador (...). ”
- E5- “ (...) boa relação interpessoal (...). ”
- E6- “ (...) diálogo (...) de escuta (...). ”
- E7- “ (...) ouvir as outras pessoas (...). ”

Segundo Murphy (2008), para o preceptor executar eficazmente a sua função, este deverá ter um interesse para com o ensino e um compromisso pessoal para aprendizagem. Deve ter uma atitude positiva, paciente, reflexiva e de conforto, repleta de entusiasmo e paixão pela profissão, de forma a contagiar e a motivar o aprendiz. Refere ainda, uma atitude positiva, de respeito e de acessibilidade. Os entrevistados salientaram muitas das competências relatadas, passo a citar:

- E3- “ (...) disponibilidade (...) mente aberta (...). ”
- E4- “ (...) ter motivação, gosto (...). ”
- E5- “ (...) abertura fácil (...). ”
- E6- “ (...) empatia (...) capacidade de motivação (...) paciência (...). ”
- E7- “ (...) calma (...). ”

Como características “**Profissionais**”, mencionaram a experiência de trabalho, a capacidade de liderança, de resolução de conflitos, de tomar decisões, a capacidade de partilha do conhecimento e ser um perito na área de atuação.

- E2- “ (...) trabalhe algum tempo e tenha experiência de trabalho (...) capacidade de liderança, capacidade de resolução de conflitos (...). ”
- E3- “ (...) ser um líder (...) ter mais conhecimentos (...) capacidade de partilha do conhecimento (...). ”
- E4- “ (...) formação na área (...) conhecimento (...) [ser] perito na área que desempenha funções (...). ”

E5- “ (...) ser um líder (...). ”; “ (...) trabalhar já a bastante tempo (...) ter experiência (...).”

E6- “ (...) capacidade a nível profissional (...).”

E7- “ (...) liderança (...) experiência profissional (...) [capacidade de] tomar decisões (...).”

Vários autores fazem referência a estas mesmas características, nomeadamente Sloan (1999) e Hyrkäs, Appelqvist-Shmidlechmer e Paunonen-Ilmonen (2002, p.388) que concluíram que ter capacidade de formar relações de apoio, ter conhecimentos relevantes, habilidades clínicas e de escuta, qualidades pessoais, tais como “*compassion, kindness, honesty, availability and accessibility*” são características fundamentais no supervisor.

Lynch, Hancox, Happell e Parker (2008), por sua vez definem as características do supervisor entre duas competências, as interpessoais e as práticas. Relativamente às interpessoais as autoras referem que o supervisor não deve julgar, deve ser aberto e honesto, acolhedor, simpático, envolvente, perspicaz, ter bom senso de humor, capacidade de autorreflexão, e de desafiar ou questionar de forma construtiva. Como competências práticas, referem que o supervisor deve ser altamente qualificado em ouvir ativamente, em comunicar, e que devem ser respeitados dentro da instituição.

2.2.3. Necessidade de formação

Ao longo da análise das entrevistas foi percecionada a importância que os ESC davam à necessidade de formação em SC, “*a formação é essencial* (...) ” (E6), pelo que surgiu a necessidade de criar uma terceira categoria denominada “**Necessidade de formação**”.

Segundo Garrido (2004), perante uma situação de mudança é necessário modificar práticas profissionais de acordo com a nova realidade, e o reconhecimento das necessidades formativas é um fator fulcral para o sucesso de implementação dessa mudança.

Esta necessidade é também defendida por vários autores nomeadamente Waskett (2009) e Abreu (2002), que referem que o processo supervisivo implica uma formação contínua dos supervisores e supervisados. Por sua vez, Lynch & Happell (2008) afirmam que a formação contínua é crucial para que o supervisor e o supervisado estejam preparados para exercer adequadamente as suas funções de forma eficaz.

Nesta categoria, houve a necessidade de a subdividir em três subcategorias, em que a primeira refere a importância do momento da formação, a segunda diz respeito à pertinência da formação ao longo do projeto, a terceira e última, menciona as estratégias que os entrevistados sugerem para aperfeiçoar a formação ministrada ao longo do projeto, respetivamente:

- Momentos
- Conteúdos
- Estratégias

De acordo com a subcategoria **“Momentos”**, os ESC apresentaram necessidade de ‘*formação durante*’ a implementação do projeto:

E1-“ (...) fui à internet pesquisar o que era supervisão, as características da supervisão, do supervisor (...) senti necessidade de me informar e de estar mais atualizada (...). ”

E2-“ (...) já tinha feito a pesquisa, já tinha a experiência anterior [mas] tive de pesquisar”

E3-“ (...) na altura apareceu a pós-graduação e eu fui fazer (...) [mas] a gente tem que estar sempre a pesquisar (...) neste momento eu tenho que novamente pesquisar (...).”

E4-“ (...) eu já tenho a pós-graduação (...) mas quando posso gosto de pegar num livro de supervisão e ir ler e gosto de ir pesquisar à internet (...). ” “ (...) senti necessidade (...) fui ver mais alguma coisa de supervisão de pares.”

E7-“ (...) tive necessidade de ler algumas coisas sobre supervisão, alguns apontamentos (...). ”

Para além dos conhecimentos fornecidos pelos investigadores, os entrevistados sentiram a necessidade de pesquisar mais sobre o assunto ao longo do projeto, nomeadamente sobre a supervisão de pares, as funções do enfermeiro supervisor e do

enfermeiro supervisionado, e para isso, como meios informativos utilizaram livros, apontamentos da pós-graduação em SC e a internet.

Sobre os **“Conteúdos”** das formações ministradas pelos investigadores, nomeadamente, a formação inicial de apresentação do projeto, a formação e apresentação dos estudos sobre o autocuidado, risco de queda, inteligência emocional e conhecimentos e habilidades na amamentação, os ESC divergem nas suas opiniões.

Os entrevistados fazem referência que algumas das formações não foram motivadoras para o grupo de supervisionados, como também não foram expostas da melhor forma, por serem demasiado resumidas, tal como a apresentação do projeto em si, ou por serem demasiado extensas, como foi o caso do estudo sobre o risco de queda, ou mesmo por não aludirem à realidade da prática clínica, como o estudo sobre a inteligência emocional.

E1- “ (...) não foram temas que motivaram o meu grupo (...). ”

E4- “ (...) acho que algumas foram mais em conta a realidade do serviço, outras, que eu achei que não fosse assim tão bem conduzidas (...). ”

E6- “ (...) a apresentação [do projeto] foi um bocadinho resumida (...). ”; “ (...) a parte emocional [inteligência emocional] achei um bocadinho, não foi pegado pela parte certa, não foi abordada da forma mais correta. Foi transmitida uma ideia que eu acho (...) se calhar, o colega não conseguiu transmitir da melhor forma (...). ”

E7- “ (...) acho que estava mais ou menos resumido (...). ”

Sintetizando, podemos afirmar que todos os entrevistados de alguma forma consideraram as formações ministradas úteis, pertinentes e importantes, uma vez que permitiram a reflexão, consciência, conhecimento e *feedback* dos estudos desenvolvidos na primeira fase do projeto, o que de certa forma permitiu melhorar e desenvolver habilidades e competências para a sua atuação como enfermeiro.

E1- “ (...) achei útil (...). ”; “ (...) eu acho que a formação [inteligência emocional] que nos ajudou a refletir um bocado no nosso dia-a-dia (...). ”

E2- “ Sem dúvida que foi importante (...) achei muito importante (...) o apanhado de supervisão muito importante (...) apresentação do estudo da outra colega [conhecimentos e habilidades sobre amamentação], a apresentação do trabalho da

professora e gostei muito da temática da inteligência emocional (...) para mim foi excelente, gostei, já tinha lido uns artigos sobre a temática (...). ”

E3- “ (...) foram boas (...) a amamentação, sem dúvida, é pertinente (...) e é bom (...) porque (...) temos um feedback do nosso trabalho (...). ”

E4- “ (...) gostei mais de umas do que outras, (...) gostei bastante de ouvir o professor quando apresentou no geral o projeto (...). ”

E5- “ (...) achei pertinente (...). ”

E6- “ (...) foi pertinente e os resultados principalmente a nível do autocuidado e das quedas que foram apresentados (...). ”

E7- “ (...) achei pertinente (...) estava numa forma fácil de perceber (...) viemos tomar consciência e conhecimento de algumas coisas. Por exemplo fazíamos mal avaliação da escala [risco de queda] (...) nos autocuidados principalmente a forma como nós fazemos registos (...). ”

A última subcategoria foi as “**Estratégias**”, onde os ESC propõem estratégias para aperfeiçoar as formações ministradas no âmbito do projeto.

Entre as sugestões, referem que a apresentação do projeto devia ser mais aprofundada, de forma a salientar a “obrigatoriedade” da sua participação, os objetivos do projeto, e de forma a clarificar o termo ‘Supervisão Clínica’, os objetivos da SC, as funções do ESC e as funções do ES.

E4- “ (...) acho que faltou falar mais sobre a obrigatoriedade, como isto é um projeto aprovado pela administração, a obrigatoriedade das pessoas participarem (...). ”; “ (...) faltou falar um bocadinho mais da supervisão clínica, não só a definição mas sim, os objetivos da supervisão clínica, os objetivos do projeto em si e porque foi implementado cá no serviço, o que se espera de um supervisor, o que se espera de um supervisado (...). ”

E5- “ (...) se calhar mais resumida aquela apresentação do estudo que vocês fizeram [risco de queda] (...). ”

Propuseram ainda, temas que gostariam de ver abordados e desenvolvidos, nomeadamente, comportamentos e alimentação da grávida; e aprofundar a temática sobre a inteligência emocional.

E2- “ (...) trabalhar essa área [inteligência emocional] era bom (...) alguém especializado na área que sensibilizasse as pessoas, isso era bastante bom (...).”

E3- “ (...) os comportamentos e a alimentação da grávida (...) a alimentação, exercício, hábitos de sono (...).”

A SCE é um processo que implica que os seus mediadores adquiram determinados conhecimentos e habilidades. O processo de envolvimento, treino e formação dos ESC é uma fase fundamental deste processo onde o supervisor desenvolve a sua capacidade de “auto pesquisa” ou com um colega mais experiente e integrante da equipa de investigação, fornece conteúdos para que o ESC desenvolva o seu potencial (Lynch e Happell, 2008).

Os entrevistados, reconheceram que para participar neste projeto era fundamental adquirirem conhecimentos sobre a SCE, pelo que admitiram um investimento pessoal na procura de mais conhecimento e formação para além do fornecido pelos investigadores, para integrarem e desenvolveram com sucesso a sua função no projeto.

2.2.4. Tipos de supervisão clínica

De forma a perceber-se a opinião dos ESC acerca dos tipos de supervisão estipuladas pelos investigadores do projeto, nomeadamente, supervisão *online*, direta e indireta, foi colocada uma questão que permitiu perceber a conveniência do *timing* e do formato dos tipos de SC utilizados. Assim sendo, foi concebida uma quarta categoria “ **Tipos de Supervisão Clínica**”, que por sua vez, se encontra dividida em:

- *Online*
- Direta
- Indireta

Quanto à subcategoria “**Online**”, os entrevistados referiram ser útil para colocar dúvidas e para fazer partilha de informação, ou mesmo quando um ES não se sintia tão à vontade de colocar alguma questão ao seu ESC, utilizando assim uma plataforma *online* de

forma anónima ou não. No entanto, segundo o discurso dos ESC, este tipo de supervisão não tem sido utilizado frequentemente até a data das entrevistas.

E1- “ (...) *poderá servir para as pessoas tirarem algumas dúvidas (...) a supervisão online pode ajudar (...) não só para os supervisores mas também para o supervisados (...) se não confiam tanto no supervisor ou se não sentem tão à vontade podiam utilizar online (...) tirar dúvidas (...) ter ajuda (...).* ”

E4- “ (...) *eu acho bonito o objetivo mas não acho que na prática isso esteja a desenvolver diretamente a supervisão clínica (...).* ”

E6- “ (...) *eu penso que irá ser [útil] (...) na partilha de informação poderá ajudar (...).* ”

Quanto à subcategoria “**Direta**”, os ESC fizeram referência à periodicidade das sessões de supervisão, ao tipo de supervisão *in loco* formal/informal e quanto a forma se individual ou em grupo.

No que se refere à ‘*periodicidade*’ das sessões de supervisão os ESC divergem nas suas convicções, dizem que,

E3- “ (...) *estão bem, acho que não há necessidade de mais, estão bem (...) menos também não, porque se não (...) havia menos apoio (...).* ”

E5- “ (...) *eu acho que é o suficiente [sessões de supervisão direta] (...).* ”

Como também referem que as reuniões deviam ser mais regulares,

E7- “ [sessões com os] *supervisados devia ser com mais regularidade (...) se tivermos mais regularidade se calhar acaba por ser um bocadinho mais fácil (...).* ”

Quanto à supervisão *in loco* utilizada, referiram que a abordagem seria ‘*formal ou informal*’ de acordo com as circunstâncias, onde abordagem informal é mais frequente na passagem de turno,

E1- “ (...) até agora tem sido encontros informais (...) nas passagens de turno (...). ”

E2- “ (...) tenho feito de uma forma informal (...) vou-me encontrando, vou falando (...). ”

E3- “ (...) vou de forma informal [mas] (...) tenho um (...) que esse vai-me dar luta (...) que vou ter que fazer de forma formal (...). ”

E4- “ (...) quando faço turno com aquela determinada pessoa falo (...). ”

E5- “ (...) fui falando com as pessoas (...) houve um ou outro que foi perguntando o que eu achava deste ou daquele tema (...). ”

E7- “ (...) vou pontualmente falando com as pessoas (...) se precisam da minha ajuda (...) [ou numa] determinada situação pontual num doente (...). ”

Quanto à forma de abordar os supervisados, os ESC referiram ‘*individualmente e em grupo*’, onde individualmente, o supervisor reúne em particular com um supervisado, por outro lado, quando utiliza a supervisão *in loco* de forma grupal, o supervisor reúne com o seu grupo de supervisados, onde lidera as sessões de supervisão de acordo com os vários objetivos estipulados.

E1- “ (...) individualmente com cada um (...) para ver em que parte está o trabalho e a ajuda que precisam (...). ”

E4- “ (...) individualmente e às vezes, duas ou três pessoas que dentro do grupo têm o mesmo objetivo (...). ”

E6- “ (...) temos falado individualmente (...) [ou] como há objetivos em comum íamos falando com vários elementos que gostariam de desenvolver o mesmo objetivo (...). ”

Segundo Winstanley & White (2003), o tempo dedicado às sessões de supervisão, pode variar entre quinze minutos a duas horas, porém, concluem que as sessões mais longas são mais benéficas. Quanto à periodicidade, mencionam que as sessões realizadas mensal ou bimensalmente proporcionam melhores resultados em SCE. Quando à forma individual ou em grupo, vários autores referem que a supervisão em grupo torna-se mais benéfica uma vez que proporciona aos supervisados um aconselhamento e apoio mais

eficaz por parte do supervisor, facilita a coesão e a colaboração entre os supervisados e o supervisor (Winstanley & White, 2003; Barriball [et al], 2004).

De acordo com o NHS (2006), os profissionais devem possuir tempo para realizar sessões de supervisão regulares e recomenda que estas sessões devem ser realizadas entre quatro a seis vezes por ano. Completam ainda que as sessões com grupos individuais devem ser mais frequentes.

No entanto Barriball [et al] (2004), menciona que alguns dos supervisados podem-se sentir mais à vontade com a supervisão individual (um para um), quando existe um bom relacionamento interpessoal com o supervisor.

A subcategoria “*Indireta*”, evidencia a pertinência das sessões de SC entre os supervisores clínicos, onde lhes é disponibilizado tempo para discutirem e planearem estratégias entre si que visam suprir as necessidades apresentadas. De acordo com o discurso dos entrevistados, as reuniões entre supervisores é importante para se apoiarem mutuamente e para encontrarem soluções para as dificuldades sentidas ao longo do processo supervisoivo.

E2- “ (...) acho importante na reunião dos supervisores sentimos que não somos só nós (...). ”

E5- “ (...) tenho falado com elementos que também são supervisores (...) tentando discutir um bocadinho as coisas e tentar perceber como é que podemos encaminhar (...). ”

E7- “ (...) com os supervisores é suficiente (...). ”

Sintetizando o discurso dos ESC, estes acreditam que a utilização de vários tipos de supervisão é mais benéfico para o sucesso do processo supervisoivo. No entanto, o desconhecimento da frequência das sessões de SCE fez com que as opiniões divergissem, porém, todos referiram que nesta fase inicial do projeto a supervisão *in loco* seria, preferencialmente, informal e individual de forma a perceber o grau de motivação/desmotivação, como também perceber as necessidades e dificuldades vivenciadas pelos supervisados.

Segundo Garrido (2004), o supervisor deve conhecer e dar atenção a todos os indivíduos estimulando-os individualmente, proporcionando a ajuda e a orientação necessária para os motivar a superar as suas expectativas pessoais e profissionais, ao mesmo tempo que lhes incute atitudes apropriadas, interesse e bons hábitos de trabalho.

2.2.5. Fatores facilitadores da implementação do projeto

Quando implementado um modelo de SC, este depara-se com fatores que dificultam e facilitam a sua implementação. Dentro deste contexto, surgiu a necessidade de questionar aos supervisados que fatores facilitaram a implementação do projeto. Para isso, foi definido a categoria “ **Fatores facilitadores da implementação do projeto**”. Estes foram submetidos a uma subdivisão apoiada no modelo de implementação de SC de Waskett (2009). Pelo que surgiram as seguintes subcategorias:

- Estrutura
- Competências
- Suporte

A subcategoria “**Estrutura**”, corresponde ao apoio e ao envolvimento da instituição e dos investigadores durante toda a implementação de forma a divulgar o modelo de SC, os tipos de SC, bem como o tempo das sessões de supervisão, de modo geral resume-se ao delineamento de todo processo supervensivo. Segundo as perspetivas de alguns ESC, os fatores que facilitaram a implementação do projeto foi o suporte disponibilizado por parte dos investigadores e da instituição no que diz respeito à adoção de uma posição de apoio e de sustentabilidade durante todo processo. Um dos ESC referiu ainda como fator facilitador a forma explícita e simples que foi apresentado todo processo supervensivo. Pelo que apresentamos os seguintes excertos:

E1- “ (...) pedimos ajuda tem-nos sido fornecido bibliografia, apoio (...).”

E2- “ (...) a administração deu apoio total de continuarmos (...).”

E3- “ (...) vocês estão sempre disponíveis (...).”; “ (...) foi-nos muito bem explicado (...) desmistificado o que é a supervisão, o que é o supervisor (...) foi bem implementado porque foi bem apresentado (...).”

E4- “ (...) chefias acreditam que as coisas podem melhorar.”

Entendemos como **“Competências”**, todas as aptidões que os supervisores têm, de forma a facilitar o processo supervisivo (Waskett, 2009). A este propósito, os ESC referiam ser aceite pela equipa de supervisados, ter formação pós-graduada em SC, ter experiência profissional e por último ter a experiência do projeto anteriormente desenvolvido no CHMA. A título de exemplo:

E1- “ (...) sinto que sou um elemento bem aceite (...). ”; “ (...) experiência anterior [facilita] (...).”; “ (...) poderá ser mais aceite pelo grupo porque tem [formação em supervisão] (...). ”

E2- “ (...) ter formação em SC (...).”; “ (...) ter existido um [projeto] anterior bem-sucedido (...). ”

E3- “ (...) nós já termo passado por esta experiência uma vez (...).”; “ (...) eu tenho a pós-graduação é uma mais-valia (...). ”

E4- “ (...) haver pessoas [com] formação [em SC] (...).”

E5- “ (...) se ter implementado da outra vez (...).”

E6- “ (...) termos formação [em SC] (...).”

Como última subcategoria temos **“ Suporte”**, subentendida como a partilha de experiências de SC vivenciadas pelos supervisores de forma a desenvolveram habilidades e a encontrar soluções para as dificuldades encontradas no processo supervisivo. Este fator é claramente visível no discurso de um ESC:

E2- “ (...) na reunião de supervisores (...) nós sentimo-nos apoiadas (...).”

Silva (2012), diz que o suporte entre supervisores, o suporte da instituição, e do investigador, são fatores facilitadores para a implementação do processo supervisivo. Acrescenta ainda as reuniões de SC, os meios de comunicação, a relação supervisiva e o perfil do ESC.

Após análise do conteúdo, verificamos que alguns destes fatores também foram mencionados pelos entrevistados, nomeadamente, o apoio entre os ESC nas sessões de SC, o apoio da instituição, dos investigadores, e as características pessoais e profissionais dos ESC. Porém acrescentaram ainda, a formação pós-graduada em SC adquirida, e a experiência anteriormente vivenciada na sequência do projeto da investigadora Sandra Cruz.

2.2.6. Fatores limitadores da implementação do projeto

Por sua vez, foi também definido uma categoria denominada “ **Fatores limitadores da implementação do projeto**”, que se encontram subdivididos em:

- Pessoais
- Organizacionais
- Estruturais

Segundo Bush (2005), as barreiras para a implementação da SC comportam fatores pessoais e organizacionais, onde os obstáculos pessoais referem-se aos sentimentos vivenciados pelos indivíduos no processo de implementação, nomeadamente o medo de mudança, a falta de confiança, conhecimentos, habilidades ou compreensão, a incapacidade de reconhecer a necessidade de supervisão e a relutância em abandonar as rotinas e hábitos de trabalho. Por outro lado, as barreiras organizacionais abrangem a imposição da SC pela organização, o apoio da organização, a escolha dos supervisores, a hesitação por parte dos supervisados, no que diz respeito à confidencialidade e a segurança de forma a não haver repercussões.

Assim sendo, como fatores “*Pessoais*” os ESC referiram a não-aceitação do ESC, a falta de motivação, ausência de formação pós-graduada em SC no seio dos supervisores, o

receio de não responder às expectativas, a acomodação/rotina, a inexperience no local de exercício de trabalho:

E1- “ (...) não aceitam a nossa ajuda, (...).”; “ (...) a falta de motivação (...).”; “ (...) nós [supervisores] não temos supervisão clínica. ”; “ (...) tenho duas pessoas com supervisão sinto-me um bocado intimidada em ir ter com eles (...). ”; “ (...) receio de não estar preparada para fazer um bom papel de supervisora (...) está há muito pouco tempo integrada aqui (...).”; “ (...) têm uma rotina (...) entrar e sair à hora e custa pedir alguém que se trabalhe (...). ”

E2- “ (...) não aceitam que nós (...) que não temos a pós-graduação que estejamos neste papel (...). ”; “ (...) isto vem muito do não reconhecimento em nós (...). ”; “ (...) temos pessoas de férias, pessoas de licença de casamento (...). ”; “ (...) insatisfação pessoal, profissional (...) as pessoas andam desanimadas (...). ”; “ (...) as pessoas não estão motivadas os supervisados não estão motivados (...). ”

E3- “ (...) aquela pachorrise, se eu puder não fazer nada era ótimo (...) estamos acomodados (...). ”; “ (...) elas [supervisoras] não terem a pós-graduação (...). ”; “ (...) (...). ”

E5- “ (...) as pessoas estão desmotivadas (...). ”

E6- “ (...) há um ou outro elemento que não está (...) motivado (...). ”; “ (...) limitação as vezes do tempo (...). ”

E7- “ (...) conhecimento do anterior [projeto] (...). ”

Relativamente aos fatores “**Organizacionais**”, os ESC destacaram a ausência de apoio por parte das chefias. Alguns supervisados tinham a convicção que seria apenas um projeto académico e mencionaram ainda como fatores limitadores, os horários incompatíveis, o “caráter obrigatório” em participar no projeto, a insatisfação profissional devido a contratos precários, a ausência de uma cultura de SC, e a fase caótica vivenciada nos serviços:

E1- “ (...) consideraram que isto era outra vez um trabalho [académico] (...). ”

E2- “ (...) temos horários completamente desencontrados (...). ”; “ (...) situação precária (...) contratos precários (...). ”

E4- “ (...) como isto foi conduzido a nível de chefias (...) a articulação dos mentores do projeto e as chefias em relação à própria equipa (...) devia haver uma sensibilização da parte das chefias (...) para que eles [chefias] tentassem compreender o que é a SC, qual é os objetivos da SC (...). ”; “ (...) há pessoas (...) que

não estão motivadas e vão participar porque entre aspas são obrigadas (...).”; “ (...) má fase do serviço (...) bastante trabalho, sobrecarga de trabalho, (...) muitos atestados (...).”, “ (...) as pessoas não têm espírito de SC (...).”.

E5- *“ (...) porque nos cortam o salário (...) as pessoas não estão contentes com o trabalho (...) com a vida (...) com a fase que estamos a passar (...). ”*

E6- *“ (...) falta de adesão (...) não colaboração a nível das chefias (...). ”; “ (...) a nível de horários (...).”*

E7- *“ (...) não existe uma cultura de supervisão (...).”, “ (...) as pessoas maior parte das vezes não tem horário compatível [com as sessões de supervisão](...).”*

Com a análise das entrevistas surgiu a necessidade de acrescentar uma nova subcategoria para além das mencionadas por Busch (2005), denominada **“Estruturais”**, esta subcategoria diz respeito às características estruturais e às diretrizes delineadas do modelo de SCE implementado que dificultaram a sua implementação. Especificamente, os entrevistados referiram a seleção dos enfermeiros supervisores, a seleção dos supervisados, supervisados a exercerem funções em serviços distintos dos supervisores, a operacionalização dos objetivos e a subscrição dos contratos, o desconhecimento do conceito e objetivos da SCE.

E1- *“ (...) da outra vez já nos foi dada oportunidade e desta vez somos outra vez (...) ainda por cima nós [supervisores] não temos supervisão (...). ”; “ (...) tenho alguma dificuldade (...) tenho muitos elementos do internamento (...). ”*

E2- *“ (...) dificuldade na entrega [do contrato] (...).”; “ (...) o facto [dos supervisados] terem a pós-graduação e nem por isso foram escolhidos (...).”; “ (...) disseram [os supervisados] estão as três [supervisoras] na [sítio x] e nós aqui no internamento não temos ninguém (...).”*

E3- *“ (...) comunicação dos supervisores, as suas caraterísticas, com que supervisados [ficariam] (...) [os supervisados] ficaram reticentes quando viram quem eram os supervisores, não estão na disponibilidade de aceitar o supervisor (...).”; “ (...) no [sítio x] não têm nenhuma supervisora (...).”; “ (...) o que eu vou pôr no papel [contrato] (...) além de mais a confidencialidade (...).”; “ (...) eles não quererem assinar os contratos (...).”*

E4- *“ (...) há colegas [supervisores] no fundo um bocadinho desmotivados e à deriva porque não sabem o que se espera deles (...) gera stress e ansiedade (...).”; “ (...) necessidade de falar com o meu grupo e mostrar o que realmente nós queremos, o que é a SC (...). ”*

E5- *“ (...) foi mesmo por obrigação [assinar os contratos] (...).”*

E6- “ (...) pessoalmente ainda me sinto um bocadinho perdida de como vai seguir todo o processo (...).”; “ (...) estou a fazer turnos noutro serviço, fora daqui do hospital (...) só venho aqui uma vez por semana (...).”

E7- “ (...) para assinar os contratos é mais complicado (...).”

As unidades de registo desta categoria evidenciam uma realidade inadequada para uma eficaz SC, condicionando os seus efeitos positivos.

No processo superviso é fundamental que exista uma articulação entre todos os mediadores para que todos percebam a finalidade da supervisão, acreditem nela e nos benefícios que esta pode proporcionar. Deve assim existir, um apoio e uma motivação mútua entre cada interveniente de modo a atingir todos os objetivos delineados, mesmo quando deparados com uma situação crítica (contratos precários, situação socioeconómica). Para além desta articulação, é necessário que o modelo a ser implementado vá de encontro às necessidades e expetativas dos enfermeiros. A seleção do supervisor deve ser feita de forma criteriosa e rigorosa, de acordo com as suas competências e habilidades pessoais, profissionais e relacionais. O ESC deve ser um elemento reconhecido e bem aceite pela equipa, que participe ativamente na dinâmica do serviço, que ultrapasse as dificuldades deparadas no exercício profissional e que mostre interesse e motivação pela profissão, pela supervisão e pelo conhecimento de forma a contagiar e a partilhar com os supervisados o seu *Know How*.

2.2.7. Vantagens da implementação do projeto

As crescentes mudanças a que a profissão de enfermagem é submetida, é facilmente evidenciada por vários autores. Estas exigências requerem dos profissionais, uma flexibilidade e criatividade face à realidade que lhe é apresentada. Neste sentido, acredita-se que a SC proporciona a estabilidade, o apoio e a orientação necessária aos enfermeiros, para que estes encarem positivamente o futuro e se ajustem às mudanças organizacionais geradas pelos processos de promoção e acreditação da qualidade.

A SCE é vista como um fator que proporciona o alívio do stresse e *burnout*, como meio de obtenção de novos conhecimentos e habilidades de forma a melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem, sendo várias as vantagens descritas na literatura (Bush, 2005; Edwards [et al], 2006; Cruz, 2008; Garrido, 2004).

Estas vantagens foram também reconhecidas pelos ESC, pelo que surgiu a seguinte categoria **“Vantagens da implementação do projeto”**, esta categoria encontra-se dividida em quatro subcategorias:

- Enfermeiros
- Dinâmica do serviço
- Instituição
- Utente

Foram diversas as vantagens reconhecidas pelos ESC relativamente aos **“Enfermeiros”**, os entrevistados referiram o desenvolvimento pessoal e profissional, a reflexão sobre a prática clínica, de forma a modificar e aperfeiçoar comportamentos, expuseram ainda a importância que a SC tem na melhoria da superação do erro ou do incidente.

E1- “ (...) a nível profissional ajudou a refletir um bocado mais na minha atuação (...) ajudou-me naquelas situações de erro ou incidente (...) o facto de refletir só nos ajuda a dizer eu posso realmente fazer bem mas posso fazer melhor um bocado (...)”; “ (...) cresei pessoalmente (...)”; “ (...) fico com alguma formação (...) ”

E2- “ (...) obriga-me a estar sempre no meu melhor (...)”; “ (...)“está a ser um crescimento pessoal [põe-me] mais rija, mais determinada (...)”

E3- “ (...) crescimento profissional e pessoal (...) aprendi a ouvir o outro e a comunicar (...). ”; “ (...) possibilidade de rever algumas práticas (...) a dar mais qualidade [nos cuidados] (...). ”

E4- “ (...) é uma área que eu gosto e posso de alguma forma ajudar os meus colegas (...)”; “ (...) mais-valia (...) porque nos ajuda (...) a ter melhor discernimento em situações práticas (...) a abrir os olhos, se calhar a postura não foi a mais adequada naquele momento (...) [faz-nos refletir] de maneira a que se evite essas situações no futuro (...) vai ser benéfico (...) [para] refletir na sua própria prestação de cuidados (...). ”

E5- “ (...) [põe-nos] a pensar e a ponderar se a forma como agimos, foi a mais correta ou menos a correta (...) isso trás conhecimento e alterações (...) se eu tiver uma atitude menos correta (...) para a próxima já vou pensar um bocadinho (...) vai-

me fazer mudar, se eu reconheço que estou errada não vou sempre cair no mesmo erro (...).”; “ (...) vou crescer em termos pessoais (...) a forma de agir com os outros.”

E6- “ (...) [ajuda-me a] evoluir e a desenvolver-me profissionalmente, a nível da relação com o doente e equipa. Desenvolver capacidades (...) adquirir mais conhecimentos a nível profissional do que é afinal a SCE e a sua importância para a enfermagem (...) a desenvolver a nível emocional mais capacidades (...) .”

E7- “ (...) ajuda a crescer profissionalmente e pessoalmente (...).”; “ (...) [permite] a mudança de comportamento, o enriquecimento pessoal, enriquecimento profissional (...) mudança de atitudes, ver os colegas a crescer (...) é uma forma de crescimento mutuo, nosso [supervisores] e deles [supervisados] (...). ”

Segundo Kohner (1994) citado por Garrido (2004), a SC traz alguns benefícios para os serviços e consequentemente para instituição onde o processo supervisoivo está implementado.

De acordo com RCN (2002), a SC promove na instituição, um desenvolvimento dos préstimos que executam, de novas oportunidades, de um aumento do recrutamento e da retenção do pessoal, como também um aumento da eficiência e da eficácia dos cuidados.

Assim sendo, a SC melhora a qualidade dos cuidados, pelo que pode aumentar a necessidade de estabelecer protótipos de forma a uniformizar os cuidados, melhora o desempenho pessoal devido ao desenvolvimento da responsabilidade individual e promove o desenvolvimento profissional por aprendizagem experiencial.

Esta realidade pode ser percebida nas respostas dos entrevistados, para a **“Dinâmica do serviço”** os ESC reconhecem que:

E1- “ (...) [permite] mudanças no serviço, uniformizar ensinos (...) [consequentemente] melhoria dos cuidados (...).”

E2- “ (...)o serviço só tem a ganhar (...) o que sair de bom é bom para o serviço (...).”

E3- “ (...)podemos ter grandes melhorias para o serviço (...) a troca de opiniões e ideias (...) as pessoas façam melhorias (...) [consequentemente há] melhoria na qualidade do serviço (...).”

E4- “ (...) só traz vantagens (...) na prática [existe] a melhoria de procedimentos e a uniformização de cuidados (...) organiza e sistematiza a equipa (...).”

E5- “ (...) [vai] melhorar de alguma forma o serviço (...) é uma boa oportunidade de mudar algumas coisas (...) [vai haver] tempo para discutir, ouvir a opinião do outro, porque eu acho que é desta discussão que surge alguma solução (...) e se a gente dedicar tempo a pensar nessas coisas, a discutir determinados assuntos vai surgir alguma coisa boa (...).”

E6- “ (...) muito vantajoso (...) ajuda-nos a orientarmos como equipa, a aumento a qualidade dos cuidados aos doentes a todos os níveis (...) a enfermagem tem a ganhar”

E7- “ (...) é importante [para o] nível da qualidade dos cuidados e para a segurança e eficácia dos cuidados (...) [permite a] mudança de comportamentos (...).”

Relativamente às vantagens para a “**Instituição**”, eles identificam:

E2- “ (...) é vantagem para o serviço é para o centro hospitalar (...).”

E4- “ (...) indiretamente ou muito diretamente vai ser bom para o CHMA, porque se o serviço prestar melhores cuidados, for mais seguro e mais motivador para os próprios trabalhadores, mais provavelmente se faça refletir nos resultados depois para o CHMA”

E5- “ (...) para o centro hospitalar desde que os utentes estejam satisfeitos, vai traduzir uma satisfação para o centro hospitalar (...).”

E6- “ (...) a instituição fica com profissionais melhores (...).”

E7- “ (...) é importante no fundo (...) havendo uma cultura de supervisão havendo a melhoria dos cuidados e da qualidade (...).”

Como última subcategoria, temos as vantagens para o “**Utente**”, segundo Cutcliffe & Proctor (1998, p. 280) “*the central purpose of clinical supervision is to improve client care and this can be regarded as the principal benefit.*”

Para os entrevistados, este também será o principal benefício da SC, pelo que se apresentam as seguintes unidades de registo:

E1- “ (...) todas estas mudanças é [em] função do utente (...) para aumentar a qualidade dos cuidados e da segurança deles (...).”

E2- “ (...) o que sair de bom é bom para as utentes que é o mais importante (...).”

E5- “ (...) se alterarmos alguma característica em nós que nos torna melhor (...) vai traduzir em melhores cuidados para o utente (...).”

E6- “ (...) só haverá vantagens [para o utente] (...) transmitir para o doente, uma equipa segurança (...) tudo no fundo vai melhorar o estado de saúde do doente, a situação que envolve o doente vai ser para melhor (...).”

E7- “ (...) no fundo a segurança, a qualidade dos cuidados, se conseguirmos melhores cuidados (...) ele [utente] é que vai beneficiar. “

As perspetivas dos ESC são consistentes com o discurso de vários autores que consideram que a SC é uma metodologia benéfica para a prática de enfermagem. Uma vez que é essencial para refletir e receber orientação na prática clínica, proteger o utente, assegurar uma prática eficiente e eficaz, monitorizar e salvaguardar *standards*, identificar, desenvolver e partilhar competências práticas, rever e refletir em questões clínicas, refletir sobre os erros e incidentes críticos, diminuir sentimentos de isolamento e stresse, aumentar sentimentos de responsabilidade e de compromisso no desenvolvimento da prestação dos cuidados, expressar emoções ou sentimentos dolorosos relacionados com o meio laboral e assegurar que os *standards* éticos e legais são mantidos (Brunero e Stein-Parbury, 2008; Cross [et al], 2010; NHS, 2006; Winstanley e White, 2003).

2.2.8. Desvantagens da implementação do projeto

Segundo a perspetiva de alguns ESC nesta fase inicial da implementação do modelo, existiram também desvantagens tanto para os enfermeiros envolvidos como para a própria instituição. Assim sendo, desenvolveu-se um categoria denominada **“Desvantagens da implementação do projeto”**, que por sua vez se encontra subdividida em:

- Enfermeiros
- Instituição

Para os **“Enfermeiros”**, os ESC referiram, o tempo que disponibilizavam para a SC fora do tempo laboral, os conflitos gerados em todo o processo e consequentemente o stresse que esses atritos possam acarretar.

E1- “ (...) rouba-nos algum tempo (...) temos de fazer trabalho em casa (...). ”

E2- “ (...) os atritos que vão acontecer (...). ”

E3- “ (...) as pessoas [supervisados] terem que tirar uma hora para estar comigo ou terem que vir cá (...). ”

E4- “ (...) [conflitos] aumentou um bocadinho o stresse (...). ”

E5- “ (...) este tempo que a gente perde (...) o tempo que ocupa fora das horas do serviço (...) custa vir fora de horas (...) a única desvantagem é essa, o ter que encaixar na agenda (...). ”

E6- “ (...) *criar um conflito com algum colega (...).*”

E7- “ (...) *pode haver algumas quezílias na relação com determinadas pessoas (...).*”;
“ (...) *o tempo apesar de o hospital pagar as horas (...) o tempo que eu tenho de disponibilizar do meu pessoal para a supervisão (...).*”

Para a “*Instituição*”, apenas uma desvantagem foi mencionada, o facto de a instituição ter que remunerar as horas despendidas para a SCE.

E1- “ (...) *pagar algumas horas das reuniões (...).* ”

E3- “ (...) *tem que nos pagar (...) as custas que são inerentes de virem cá os elementos todos da equipa (...).*”

E5- “ (...) *pagar estas horas todas que a gente [supervisores e supervisados] vai dispensando (...).* ”

E6- “ (...) *é sempre um problema para a instituição as horas (...).* ”

Para os entrevistados, são poucas as desvantagens que a SCE acarreta. Evidenciam como principal desvantagem, o tempo pós-laboral dedicado à SC devido à falta de tempo disponibilizado pela instituição para a SC. Mencionam ainda, o facto de a instituição ter que renumerar as horas que disponibiliza para a SC e os conflitos que a SC proporciona entre os vários intervenientes, devido a convicções disparas.

2.2.9. *Sugestões para a continuidade*

De forma a aperfeiçoar as diretrizes estipuladas no projeto em curso, bem como melhorar a implementação de futuros modelos de SCE, foi sugerido aos ESC que refletissem sobre o projeto implementado e fizessem algumas sugestões no sentido de melhorar a continuidade da implementação do modelo e o processo supervisivo, potencializando os benefícios da SCE. Surgiu assim a décima e última categoria desta análise de conteúdo “**Sugestões para a continuidade**”, encontrando-se dividida em duas subcategorias:

- Organizacionais
- Estruturais

A subcategoria **“Organizacionais”** diz respeito às sugestões feitas para a própria instituição e a subcategoria **“Estruturais”** refere-se à orientação e responsabilidade pela continuidade do modelo de SCE em vigor. Pelo que os ESC perspetivaram:

“Organizacionais”, aludiram a uma maior confiança e crença nos benefícios da SCE por parte dos indivíduos envolvidos, nomeadamente chefias, bem como ampliar a toda instituição o modelo de SCE implementado.

E2- *“(...) haver uma vontade da administração para que as coisas continuem (...).”*

E3- *“(...) a mesma apresentação do projeto aos outros serviços (...) apresentação do projeto a toda a instituição (...).”*

E4- *“(...) as pessoas terem mais conhecimento sobre o que é SC, e as chefias do serviço apostarem nisso e acreditarem e passarem isso para a equipa (...).”*

E7- *“(...) ser alargado a todos os serviços (...).”*

Segundo White & Winstanley (2009), o apoio e o compromisso contínuo da instituição é um fator essencial para permitir que o processo superviso seja mais prolongado, uma vez que promove o entusiasmo e a coesão entre todos os participantes do processo. O NHS (2006) afirma ainda, que a instituição deve ser responsável pelo treino e auxílio aos supervisores.

Como **“Estruturais”** os ESC mencionaram prolongar o projeto no tempo, com apoio dos investigadores até criar uma cultura de supervisão, identificar alguém responsável pelo processo superviso de forma a motivar os supervisores e os supervisados, alternar o estatuto de supervisor e supervisado dentro dos critérios de seleção e por último criar grupos de supervisados mais pequenos.

E1- *“(...) alguém que alimente um bocado sempre o ciclo (...) alguém que nos vai puxar sempre, nós supervisores (...).”*

E3- *“(...) ter apoio da professora Sandra ou Professor Luís qualquer um de vós por trás até as pessoas conseguirem andar por si (...).”; “ (...) criar grupos mais pequenos (...).”; “ (...) ir para o papel de supervisado (...) é uma mais-valia a gente fazer um outro lado (...).”; “ (...) os supervisores deviam ter sido outros (...) ou a possibilidade de haver mais gente no papel de supervisor (...).”*

E5- “ (...) *ter alguém a lembrar (...) ficar alguém responsável ou como supervisor no serviço (...).* ”

E7- “ (...) *mantiver no tempo (...) ser mais prolongado no tempo (...).* ”

Após a análise global da temática das fontes do saber profissional e prático, podemos concluir que a implementação de um modelo de SC em contexto específico é um processo estruturado, singular e delicado, que acarreta consigo dissabores, mas mais do que isso vantagens para a prática de enfermagem, e que se constrói na imersão dos contextos da prática, na experimentação diária, na relação que se estabelece entre supervisionado e supervisor, e na reflexão sobre a prática clínica.

Em síntese, podemos concluir que as perspetivas dos ESC aglomeraram aspetos centrais e importantes para compreender a associação entre a SCE e a qualidade e segurança dos cuidados. Mencionam fatores que motivam a adesão ao projeto, fatores que facilitam e limitam a fase inicial de implementação do projeto, as vantagens e desvantagens que este acarretou até ao momento deste estudo. Ajudam ainda, a perceber a categoria profissional do supervisor no que diz respeito as suas características e competências.

CONCLUSÃO

A oportunidade dada pelo CHMA para a implementação de uma estrutura de supervisão clínica em enfermagem em Portugal foi, é e será um desafio para todos os colaboradores. Apesar dos benefícios da SCE amplamente reconhecidos pela literatura e agora também reconhecidos em contexto prático, torna-se ainda fundamental desenvolver mais investigação nesta área, através do desenvolvimento de uma cultura de supervisão e pela produção e divulgação de investigação científica, de forma a tornar público os ganhos que a SCE traz para os enfermeiros, para os utentes e previsivelmente para a instituição.

O alicerce desta investigação passa pelo interesse pessoal pela supervisão clínica enquanto profissional, pela pertinência do tema dentro da comunidade de enfermagem, bem como pela curiosidade em perceber as perspetivas e as dificuldades averiguadas pelos enfermeiros envolvidos num processo supervisoivo, particularmente desenvolvido no seu contexto de trabalho.

Como finalidade deste estudo, pretendeu-se analisar a implementação e as consequências do modelo de SCE implementado no CHMA e contribuir para a definição de estratégias facilitadoras para a implementação e adesão ao modelo de SCE. Apesar das dificuldades vivenciadas ao longo desta investigação, das quais a limitação temporal para realização de cada fase do estudo, os resultados apresentados são consistentes e equiparáveis com a literatura científica.

Os resultados obtidos permitiram encontrar algumas suscitações e orientações para aperfeiçoar o modelo de SCE em vigor no CHMA, bem como sugestões para a implementação de futuros modelos de SCE. De acordo com os resultados encontrados são diversos os fatores que motivam os ESC a participar e aderir ao processo supervisoivo.

São múltiplas as origens desses fatores, desde o reconhecimento pessoal e profissional pelas chefias, bem como o interesse pessoal e profissional em participar num projeto inovador, como também responder às necessidades com que se deparam nos serviços. Através da análise dos resultados concluímos que os supervisados também carecem de ser motivados, pelo que os entrevistados propuseram que essa motivação

deveria ser praticada desde o início do processo supervisivo, com auxílio dos supervisores, investigadores, como também da instituição, de forma a permitirem a coesão e a participação de todos os colaboradores, assim como a desmitificação da SC, deixando explícito para todos o verdadeiro significado e propósito da SCE.

Para os entrevistados, o supervisor é considerado fundamental para a estruturação e implementação eficaz de um projeto de supervisão, pelo que consideram que as características pessoais e profissionais são essenciais. Segundo os entrevistados, os supervisores, deverão ser escolhidos segundo critérios criteriosamente estabelecidos de forma a garantir as competências e as características necessárias para desempenhar esta função tão complexa.

Foi ainda identificada a necessidade de formação inicial e contínua em SC no decorrer do processo supervisivo, de modo a evitar concepções erróneas acerca da SCE, e de forma a facilitar a motivação para a participação do projeto.

Seja prévia ou não, a formação é uma componente fundamental no processo supervisivo, e se bem conduzida e fornecida a todos os intervenientes, surge como um fator chave para o sucesso da SCE.

Segundo Garrido (2004, p. 14), é *“inquestionável para a aprendizagem (...) a necessidade de complementaridade entre o conhecimento e a experiência. Uma eficiente integração e articulação entre a formação instituída e a formação experiencial constituirão no futuro, as práticas de formação.”*

De acordo com análise da informação, os ESC consideram que a utilização de vários tipos de supervisão se torna benéfico, pois permite aos supervisados uma abordagem formal ou informal, grupal ou individual, deixando-os livres de escolha. Por sua vez, também consideram benéfico para os supervisores, pois a supervisão indireta permite o apoio e a cooperação entre supervisores.

No decorrer da implementação do modelo de SCE, os supervisores depararam-se com algumas limitações e dificuldades. Foi referido a desmotivação dos supervisados, a aceitação dos supervisores selecionados, a dificuldade em operacionalizar os encontros de SC, o suporte inadequado das chefias e por último o facto de os supervisores não exercerem funções no mesmo local que os supervisados. Deste modo, e tendo em consideração as dificuldades divulgadas, sugere-se que a seleção dos supervisores /supervisados, seja de acordo com os critérios de seleção já estipulados pela instituição, como também ter em conta a formação académica em SC, e a área de atuação do

supervisor e supervisionado, para que estes trabalhem no mesmo serviço, vivenciando a mesma dinâmica.

Sugere-se ainda, que as chefias devam ser envolvidas de forma mais efetiva em projetos futuros, de forma a promover a coesão da equipa e aceitação da SCE, para que esta seja bem-sucedida.

A falta de motivação deve ser trabalhada com as equipas de supervisionados, de forma a perceber as necessidades e os interesses de cada um, para que estes fiquem motivados em desenvolver e a ultrapassar as suas expectativas pessoais e profissionais.

Porém, também identificaram fatores que facilitam a implementação de um modelo em SC, que devem ser considerados e mantidos em posteriores modelos de SCE mencionando o suporte contínuo da instituição, dos investigadores, e entre os supervisores. Assim sendo, considera-se importante em qualquer modelo de SCE, que a instituição apoie os enfermeiros envolvidos no processo supervisionativo, proporcionando tempo para praticar SC, como também fomenta a motivação pela SCE. Por sua vez, os investigadores devem proporcionar um apoio a todos os intervenientes do processo supervisionativo para que estes se sintam amparados e motivados em todo o processo.

Os entrevistados mencionaram ainda, a formação contínua dos supervisores e supervisionados, as competências e características que os supervisores devem possuir, e realçam ainda a importância das reuniões de supervisores, uma vez que é nestas reuniões que os ESC sentem um maior nível de suporte e apoio. Assim, considera-se que o suporte de todos os mediadores do processo, os critérios de inclusão dos supervisores e as reuniões de supervisão, são pontos fundamentais que devem ser tomados em conta na implementação de um modelo de SC, para que este processo seja facilitado e duradouro.

A SCE, é atualmente vista e reconhecida como um método especialmente desenvolvido para promover a melhoria dos padrões de qualidade, proteger as normas e a segurança dos utentes, para reduzir os níveis de stresse e *burnout*. Através do envolvimento dos profissionais no seu ambiente de trabalho, proporcionando um desenvolvimento de competências e habilidades, trazendo consigo numerosas vantagens (Bush, 2005; Winstanley e White, 2003).

As vantagens que os ESC reconheceram como resultado da implementação do projeto, passam, pelo desenvolvimento de competências, crescimento pessoal e profissional, pela prática reflexiva, pela troca de conhecimentos teóricos e técnicos de forma a facilitar a prática segura e a aumentar a qualidade e segurança dos cuidados.

A SCE forneceu assim, uma possibilidade de os enfermeiros demonstrarem um apoio efetivo entre si através da partilha, e da exposição das suas necessidades e experiências, assumindo um papel promotor de confiança. Esta interação promove uma maior união entre a equipa, e um sentimento de pertença por parte de cada elemento, sentindo-se mais motivado para investir em intervenções e ou formações que fomentem o desenvolvimento da prática clínica.

Promoveu ainda, a reflexão e discussão sobre as práticas clínicas, impulsionando mudanças e aperfeiçoamento das mesmas, como também estimulou a equipa a investir nas áreas que apresentavam algumas lacunas.

Como desvantagens, os entrevistados referiram apenas o tempo dedicado à SC das horas estipuladas, os conflitos que a SC pode proporcionar entre os enfermeiros, e o facto de a instituição ter que renumerar as horas disponibilizadas para a SC.

No entanto, esmiuçando as vantagens e as desvantagens que a SC acarreta, são mais os benefícios e desvantagens que esta que proporciona, pelo que será uma mais-valia a sua implementação.

Após a reflexão sobre o projeto e a sua implementação, os ESC sugeriram algumas estratégias para que este modelo fosse efetivo e duradouro. Para isso, referiram um maior apoio e suporte por parte da instituição e das chefias, um apoio contínuo dos investigadores até ser criada uma cultura de SC e posteriormente a definição de alguém “responsável” pelo processo supervisivo, que motive e “relembre” os supervisores e os supervisados da necessidade e da importância da SC.

Sugerem ainda, que este modelo seja implementado em toda a instituição, que os ESC tenham a possibilidade de exercerem funções como supervisados e vice-versa e que em posteriores modelos os grupos de supervisados sejam mais pequenos, de forma a ser mais acessível responder as necessidades de cada supervisado.

Assim sendo, e de acordo com os resultados obtidos compreende-se que a potencialidade da implementação de um modelo de SCE, depende do nível que a instituição acredita nos benefícios da SC, da forma como trespassa essa crença para os seus profissionais, e do empenho dos supervisores e dos supervisados para alcançar os objetivos delineados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson -*Formação e aprendizagem em contexto clínico -fundamentos, teorias e considerações didácticas*. Coimbra: Formasau, (2007). ISBN 978-972-8485-87-0.

- *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em Saúde?* Coimbra: Formasau, (2003). ISBN 972-8485-35-2.

- *Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as Práticas, gerir a informação e promover a qualidade*. [Em linha]. [S.l.]: (2002). [Consult. Dez-2012-Jan-2013]. Disponível em WWW: <URL:<http://lusomed.sapo.pt/Xn320/367168.html>>.

AGOSTINHO, L. - *Competência emocional em enfermeiros: um estudo em hospitais públicos*. Dissertação de Mestrado (não publicado). Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.

ALARCÃO, I.; TAVARES, J. - *Supervisão da prática pedagógica – uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª ed. [revista e desenvolvida]. Coimbra: Almedina, 2007.

AMARAL, M. [et al] - *Papel do Supervisor no Desenvolvimento do Professor Reflexivo – Estratégias de Supervisão*. In Alarcão, I. (Org.). *Formação Reflexiva de Professores: Estratégias de Supervisão*. Porto: Porto Editora, 1996.

BARDIN, L- – *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, A.; LEHFELD, D. – *Fundamentos de Metodologia: Um guia para iniciação científica*. São Paulo: Editora Makron, 2000.

BARTLE, J. – *Clinical Supervision: its place in the quality agenda*. *Nursing Management*, (2000), p. 30-33

BÉGAT, I.; SEVERINSSON, E.- *Reflection on how clinical nursing supervision enhances nurses' experiences of well-being related to their psychosocial work environment*. Journal of Nursing Management. Vol.14, (2006), p. 610-616.

BERGGREN, I.; SEVERINSSON, E.- *Nurse supervisors' action in relation to their decision-making style and ethical approach to clinical supervision*. Journal of Advanced Nursing, Vol.41,nº6 (2003), p.615-622

BISCAIA, J. - *Qualidade em saúde uma perspectiva conceptual*. Revista qualidade em saúde pública. [S.l.] Instituto de qualidade em saúde, (2000), p. 6-10.

BOTTI, S.; REGO, S. – *Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são seus papéis?* Revista Brasileira de Educação Médica, Vol. 32, nº 3, (2008), p. 363-373.

BUSH, T - *Overcoming the barriers to effective clinical supervision*. Nursing Times, Vol. 101, nº 2, (2005), p. 38-41.

BUTTERWORTH, T. – *Clinical Supervision in Nursing, midwifery and health visiting: development, contracts and monitoring- a second briefing paper*. Manchester: The School of Nursing Studies- The University of Manchester, (1995). ISBN 1-898992-10-X.

BUTTERWORTH, T.; WOODS, D. –*Clinical Governance and Clinical Supervision: Working Together to Ensure Safe and Accountable Practice*. Manchester, The University of Manchester, (1999). ISBN-1-898992-85-1.

BRUNERO, S.; STEIN-PARBURY, J., – *The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review*. Australian Journal of advanced Nursing [Em linha]. Vol. 25, nº 3 (Mar-Mai 2008), p. 86-94. [Consult. 12 Fev. 2013]. Disponível em WWW:<URL: http://www.ajan.com.au/vol25/ajan_25-3_brunero.pdf >.

CAMPOS, C. – *Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde*. Revista Brasileira de Enfermagem, Vol. 57, nº 5, (2004), p. 611- 614.

CARMO, H.; FERREIRA, M. – *Metodologia da Investigação: Guia para Auto- Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta, 1998.

CARNEIRO, S. – *As implicações da parceria de cuidados para a qualidade dos cuidados de enfermagem nos serviços de pediatria*. Porto: ICBAS. Dissertação de Mestrado, 2010..

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE (CHMA) – Breve apresentação [Em linha]. [S.l.]: CHMA, [s.d.a]. [Consult. 26 de Junho 2013]. Disponível na Internet: URL: http://www.chma.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=380&Itemid=78;

- Missão, valores e objetivos [Em linha]. [S.l.]: CHMA, [s.d.b]. [Consult. 26 Junho de 2013]. Disponível na Internet: <URL: http://www.chma.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=381&Itemid=80 >.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN) – *Condições favoráveis à prática - Condições de trabalho = Cuidados de qualidade*. Genebra: International Council of Nurses , (2007). ISBN: 92-95040-80-5

CROSS, W.; MOORE, A.; OCKERBY, S. - *Clinical supervision of general nurses in a busy medical ward of a teaching hospital*. Contemporary Nurse, Vol. 35, nº 2, (2010), p. 245-253.

CRUZ, S. – *A Supervisão Clínica em Enfermagem como estratégia de qualidade no contexto da enfermagem avançada*. Servir, Vol. 56, nº5, (2008), p. 112-188.

CUNHA, A. – *Supervisão das práticas clínicas: o caso particular da utilização dos sistemas de informação em enfermagem*. Universidade de Aveiro. Dissertação de mestrado, 2008.

CUTCLIFFE, J.; PROCTOR, B. - *An alternative training approach to clinical supervision:1*. British Journal of Nursing, Vol. 7, nº 5, (1998), p. 280-285.

DAVEY, D.; DESOUSA, C.; ROBINSON, S.; MURRELLS, T.- *The policy-practice divide: who has clinical supervision in nursing?*. Journal of Research in Nursing. Vol11, nº3 (2006), p. 237-248. ISSN 1744-9871

DAVEL, E.; MACHADO, H. – *A dinâmica entre a liderança e identificação; sobre a influência consentida nas organizações contemporâneas*. Revista de Administração Contemporânea. Vol. 5, nº 3, (2001), p. 107-126.

DECRETO LEI nº 125/2004 . *D.R. I Série – A. Nº 127*, (Mai. 2004),p. 3408- 3411.

DONABEDIAN, A. - *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*.Oxford University Press, 2003.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V.; MENDES, I. – *Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa*. Revista Latino Americana, Vol. 15, nº 4, (2007), p. 183-187.

EDWARDS, D. [et al.] – *Clinical Supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses*. Journal of Clinical Nursing. Vol.15, nº8, (2006), p. 1007-1015.

ESTRELA, A. – *Teoria e Pratica de observação de Classes: uma estratégia de formação de professores*. Porto Editora, 4º ed., 1994.

FARIA, S. – *Supervisão Clínica na Enfermagem no Caminho da Excelência dos Cuidados*. Funchal, 2007.

FAUGIER, J.; BUTTERWORTH, T. - *Clinical Supervision: a position paper*. Manchester: The School of Nursing Studies- The University of Manchester, (1994). ISBN 1-898992-02-9.

FELDMAN, L.; GATTO, M.; CUNHA, I. - *História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação*. Acta Paulista de Enfermagem. Nº 18, (2005), P 213-219.

FONSECA, M. – *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem: perspectiva do docente*. Coimbra: Formasau, (2006). ISBN 972-8485-68-9.

FORTIN, M. – *O Processo de Investigação – Da concepção à realização*. Lusociência: Coimbra, 1999.

FORTIN, M. – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

FRANCO, J. – *Orientação dos alunos em ensino clínico enfermagem problemáticas específicas perspectivas de actuação*. Revista Investigação em enfermagem, nº1, (2000), p.32-50

GARRIDO, A. – *A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Mestrado, 2004.

GARRIDO, A; SIMÕES, J; PIRES, R. - *Supervisão Clínica em Enfermagem Perspectivas Práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. – *O inquérito: Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora, 1992.

GIFFORD,D.; ZAMMUTO, R.; GOODMAN,A.; HILL, K. - *The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life*. Journal 159 of Healthcare Management, Vol.47, nº1, (2002), p. 13-26.

GLENN, L. - Implementing change. *Journal of Community Nursing*, Vol. 24, (2010), p.10–14.

GODOY, A. – *Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades*. Revista de Administração de Empresa, Vol. 35, nº 2, (1995), p. 57-63.

GOLEMAN, D. - *Trabalhar com Inteligência Emocional* (3ª ed.). Temas e debates: Lisboa, 2005.

HARTZ, A. - *Hospital characteristics and mortality rates*. New England Journal of Medicine, 321, (1089), p. 1720-1725.

HIGA, E.; TREVIZAN, M. - *Os estilos de liderança idealizados pelos enfermeiro*. Revista Latino- Americana Enfermagem. Vol. 13, nº1 (2005), p. 59-64

HOLLOWAY, E. - *Clinical Supervision: a systems approach*. USA: Sage Publications, 1995.

HYRKÄS, K. – *Clinical Supervision and Quality Care*. Filândia: University of Tampere, Tese de Mestrado, 2002.

HYRKÄS, K.; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K.; HAATJA, R. – *Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care*. Journal of Advanced Nursing. Vol. 55, nº4, (Ago.2006), p.521-535.

HYRKAS, K., APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K., & PAUNONE-ILMONEN, M. – *Expert supervisors' views of clinical supervision: a study of factors promoting and inhibiting the achievements of multiprofessional team supervision*. Journal of Advanced Nursing, Vol.38,nº 4,(2002),p.387-397.

HYRKÄS, K.; LETHI, K. - *Continuous quality improvement through team supervision supported by continuous self-monitoring of work and systematic patient feedback*. Journal of Nursing Management. Nº 11, (2003), p. 177 – 188.

HYRKÄS, K; PAUNONEN-ILMONEN, M. – *The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision*. Journal of Advanced Nursing. Vol.33, nº 4, (2001), p.492-502.

International Council of Nurses (ICN) – *Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho=cuidados de qualidade – instrumentos de informação e ação*. Genebra: ICN, 2007.

JOÃO, L.. – *Acreditação hospitalar: qualidade na saúde*. Nursing, (Jul. 2006), p. 14 – 16.

KOIVU, A.; HYRKÄS, K.; SAARINEN, P. - *Who attends clinical supervision? The uptake of clinical supervision by hospital nurses*. Journal of Nursing Management. 19, (2011), p. 69-79.

LOPES, M. – *A gestão da qualidade no hospital: impacto da acreditação nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar*. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, 2007.

LYNCH, L; HAPPELL, B; SHARROCK, J. – *Clinical Supervision: an exploration of its origins and definitions*. International Journal of Psychiatric Nursing Research. ISSN: 0968-0624. Vol.13, nº2, Jan. 2008.

LYNCH, L.; HAPPELL, B. – *Implementing clinical supervision: part 1: laying the ground work*. International Journal of Mental Health Nursing. ISSN: 1445-8330. Vol. 17, nº1, (Fev. 2008a), p. 57-64.

– *Implementation of clinical supervision in action: Part 2: Implementation and beyond*. International Journal of Mental Health Nursing. ISSN: 1445-8330. Vol.17, nº1, (Fev. 2008b), p. 65-72;

– *Implementation of clinical supervision in action: Part 3: The development of a model*. International Journal of Mental Health Nursing. ISSN: 1445-8330. Vol.17, nº 1, (Fev.2008c), p.73-82.

LYNCH, L., HANCOX, K.; HAPPEL, B.; PARKER, J. - . *Clinical supervision for nurses*.USA: Wiley-Balckwell, [Em linha]. 2008. [Consult. 12 Agos. 2013]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.google.pt/books>

MACHADO, H. – *A Identidade e o Contexto Organizacional: Perspectivas de Análise*. Revista de Administração Contemporânea, ed. especial, (2003), p.51-73.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. – *Técnicas de Pesquisa*, 1ªEdição. Editora Atlas S.A: Brasil, 1985.

MORGADO, V. – *Qualidade em saúde: uma exigência do presente, um investimento no futuro*. Qualidade em saúde. Nº 5, (Out. 2011), p. 13-15.

MOSHER, R.; PURPERL, D. – *Supervision: The Reluctant Profession*. Boston, Massachusetts: Houghton Mifflin, 1972.

MUNSON, C. – *Handbook of clinical social work supervision*. Binghamton: the Haworth Press [Em linha]. 3ª Edição, 2003 [Consul. 29 de Maio 2013]. Disponível em: <URL: <http://books.google.pt/books>.

Murphy, B. - *Positive precepting: preparation can reduce the stress*. MEDSURG Nursing, Vol. 17 nº3, (2008), pp. 183-188.

NATIONAL COUNCIL FOR THE PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF NURSING & MIDWIFERY (NCPDNM) – *Clinical Supervision: a structured approach to best practice*. [Em linha] Dublin: 2008. [Consult. Dez-2012- Jan 2013]. Disponível em:

<URL:<http://www.ncnm.ie/items/1299/85/3167984576%5CClinical%20Supervision%20Disc%20paper%202008.pdf>>.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) – *Supervision for health care assistants*. [S.l.]: Crown Copyright, 2006.

- *Clinical supervision policy*. Leicester County and Rutland: NHS, 2011.

- *Clinical supervision policy (nursing)*. Northgate and Prudhoe NHS Trust: NHS, 2004.

- *Clinical Supervision Policy*. South Staffordshire Primary Care Trust: NHS, 2009.

- *Health Service Circular 1999/065*. London: Department of Health, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Divulgar*. Lisboa: OE, 2001.

-*Caderno temático: modelo de desenvolvimento profissional fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. [Em linha]. Lisboa: OE, 2010.

- *Desenvolvimento Profissional. Certificação de Competências – fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema*. [Em linha]. Lisboa: OE, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – *Quality and accreditation in health care services: a global review*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2003.

PETERLINI, O.; ZAGONEL, I. – *Explorando a avaliação: um instrumento básico para o gerenciamento do cuidado em saúde coletiva*. Cogitare Enfermagem. Vol 8, nº 2, 2003.

PINA, S. [et al.] – *Quedas em meio hospitalar*. ROE. Nº 36, (Dez. 2010), p. 27-29.

PIRES, R. - *Acompanhamento da actividade clínica dos Enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional*. Dissertação de Mestrado em Supervisão apresentada à Universidade de Aveiro. Aveiro: (não publicado), 2004.

PROCTOR, B. - Supervision: a co-operative exercise in accountability. In *Enabling and ensuring: Supervision in Practice*. Leicester: [s.n.], 1986.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. – *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª Ed. Lisboa: Gradiva, 1998.

ROONEY, L.; OSTENBERG, P. - *Licenciamento, Acreditação e Certificação: Abordagens à Qualidade de Serviços de Saúde*. Center For Human Services, 1999.

REIS, E. [et al.] – *Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas*. Cadernos de Saúde Pública, Vol 6, nº 1b (1990), p 50-61.

ROYAL COLLEGE OF NURSING (RCN) – *Clinical supervision in the workplace – guidance for occupational health nurses*. [Em linha]. London: RCN, 2002.

SANTOS, I.; CASTRO, C. – *Estilos e dimensões da liderança: iniciativa e investigação no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar*. Texto Contexto Enfermagem, Vol. 17, nº 4 (2008), p. 734-742.

SÁ-CHAVES, I. - *Formação, Conhecimento e Supervisão*. Porto: Porto Editora, 2002.

SANTIAGO, A.; CUNHA, J. - *Supervisão de enfermagem: instrumento para a promoção da qualidade na assistência*. Revista Saúde e Pesquisa, Vol. 4, nº 3 (2011), p. 443-448.

SANTOS, K.; SILVA, M. – *Comunicação entre líderes e liderados: visão dos enfermeiros*. Revista Escola Enfermagem. Universidade S. Paulo, Vol. 37, nº 2 (2003), p. 97-108.

SEVERINSSON, E. - *Evaluation of the manchester clinical supervision scale: norwegian and swedish versions*. Journal of Nursing Management, Vol.20 (2012), p. 81-89.

SHAW, D - *Developing hospital accreditation in Europe*. World Health Organization, Europe, 2004.

SILVA, A. – *Perspetiva do enfermeiro supervisor clínico sobre a implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem*. Universidade do Porto (2012). Tese de Mestrado.

SILVA, C.; GOBBI, B.; SIMÃO, A. - *O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método*. Organização Rurais Agroindustriais, Vol. 7, nº 1 (2005), p. 70-81.

SILVA, J. – *Qualidade em serviços públicos*. Qualidade em saúde, Nº 5 (Out. 2011), p. 8-9.

SIMÕES, J.; GARRIDO, A. - *Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem*. Texto e Contexto em Enfermagem, Vol.16, nº4 (2007), p. 599-608.

SOUSA, G. – *Metodologia da Investigação, Redacção e Apresentação de Trabalhos Científicos*. Livraria Civilização Editora, Porto, 1998.

SOUZA, L.; [et al] – *A Liderança na visão de Enfermeiros Líderes*. Revista eletrónica trimestral de Enfermeria: Enfermeria Global. Universidade de Murcia, nº 30, (Abr. 2013), p. 281-293.

SLOAN, G. – *Clinical supervision: beginning the supervisory relationship*. British Journal of Nursing, Vol. 14, nº17, (2005), p.918-923.

SLOAN, G. – *Good characteristics of a clinical supervisor: a community mental health nurse perspective*. Journal of Advanced Nursing, Vol. 30, nº 3, (1999), p. 713-722.

Sloan, G. - *Focus group interviews: defining clinical supervision*. Nursing Standard, nº 12, (1998),p. 40-43.

SLOAN, G.; WATSON, H. – *Clinical supervision models for nursing: structure, research and limitations*. Nursing Standart, Vol.17, nº 4, (2002), p. 41-46.

THE KING'S FUND – *Our History*, [em linha]. 2012 [Consult. 25 Mar. 2012]. Disponível em: http://www.kingsfund.org.uk/about_us/our_history.html

TODD, G.; FRESHWATER, D. – *Guided discovery and reflective practice: Models for clinical supervision*. British Journal of Nursing, Vol. 8, nº 20, 1999.

TODD, C.; O'CONNOR, J. – Clinical Supervision. In SKINNER, Natalie [et al.]. *Workforce Development TIPS (Theory Into Practice Strategies): A Resource Kit for the Alcohol and Other Drugs Field*. National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA). Adelaide, Australia: Flinders University, 2005.

TOMÁS, A.; GONÇALVES, R. – *Qualidade dos serviços de saúde: uma perspetiva integradora*. ROE, nº 35, (set. 2010), p.68-69.

TURATO, E. – *Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objectos de pesquisa*. Revista de Saúde Pública, Vol. 3, nº 39 (2005), p. 507-514.

VIEIRA, F. – *Supervisão: uma prática Reflexiva de Formação de Professores*. Rio Tinto, Ed. ASA, 1993.

WASKETT, C. – *An integrated approach to introducing and maintaining supervision: The 4s model*. Nursing Times, ISSN: 0954-7762. Vol. 105, nº 17 (2009), p 24-26.

WHITE, E; WINSTANTLEY, J. - *Implementation of Clinical Supervision: educational preparation and subsequent diary accounts of the practicalities involved, from an Australian mental health nursing innovation*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, nº 16 (2009), p. 895–903.

WINSTANLEY, J.; WHITE, E. – *Clinical supervision: models, measures and best practice*. Nurse Researcher, ISSN: 1351-5578. Vol.10, nº4 (2003), p.7-38.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – *Standards for Health Promotion in Hospitals: development of indicators for a self-assessment tool*. Copenhagen: WHO, 2004.

ANEXOS

Anexo I – Guião da entrevista

Anexo II- Declaração de Consentimento Informado

Anexo III- Categorias, Subcategorias e Unidades de Registo

Anexo IV- Autorização da Comissão de Ética do CHMA